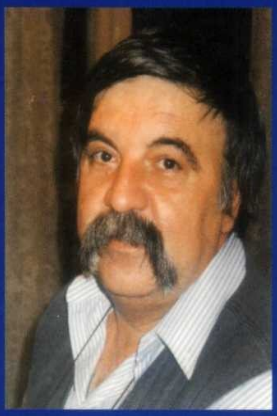
FLORIN TUDOSE

O ABORDARE MODERNĂ A PSIHOLOGIEI MEDICALE

Editura INFO Medica

FLORIN TUDOSE



Dr. Florin Tudose este medic primar psihiatru și specialist în sănătate publică, doctor în științe medicale și doctorand în psihologie la Universitatea *René Descartes* din Paris.
Este coordonator al Departamentului psihiatrie de legătură din Spitalul Universitar București, primul serviciu de acest fel din România. Predă psihologie medicală, psihopatologie și psihiatrie în cadrul Universității *Spiru Haret* din București.
A realizat numeroase lucrări de cercetare privind psihiatria clinică, psihiatria de legătură, corelații între bolile somatice și etiologia psihică, tulburările adolescentului, calitatea vieții, comunicarea interpersonală, factori psihologici implicați în boală, materializate în peste 150 de articole și lucrări științifice comunicate sau publicate.
A publicat în calitate de autor sau coordonator: *"Vademecum în psihiatrie" (1985), "Dicționar enciclopedic de psihiatrie" (4 volume) (1986-1990) "Medicina naturistă" (1987), "Să dăm sănătate anilor noștri" (1991), "Psihopolitica" (1996); "L'Humour en Psychopathologie" (Paris, 1998).*
Domeniul în care lucrează îl situează în poziția de pionier al aplicării concrete în domeniul practicii generale a cunoștințelor de psihologie medicală ca direcție fertilă de îmbunătățire a activității medicale.

Cea mai importantă resursă a medicinei mileniului trei este cu siguranță psihologia medicală.
Spiritul psihologiei medicale este, sau mai curând ar trebui să fie prezent în toate practicile medicale cotidiene - de la "banala" intervenție din medicina de familie la cele mai sofisticate: grefe, tratament oncologic complex al cancerelor, programe de recuperare sau abordarea stărilor terminale și a morții.
Domeniul psihologiei medicale poate fi regăsit în toate actele din practica medicală unde intervine, într-un fel sau altul, un factor psihologic, fie că este vorba de raportul unui eveniment traumatizant din punct de vedere afectiv (doliu, despărțire) cu derularea unei afecțiuni somatice, sau de locul relației medic-pacient, a proiecției acesteia în diagnosticul, tratamentul sau urmărirea bolilor.
Evoluția medicinei din ultimii cincizeci de ani poate fi considerată mai importantă decât cea de la începuturile sale și până în anii '50. S-a ajuns aici în special datorită imagisticii medicale, descifrării tainelor codului genetic, investigării unor căi și relații metabolice extrem de fine, pătrunderii în intimitatea structurală și funcțională a celulei.
Posibilitățile de intervenție ale medicinei au devenit de asemenea extraordinare: alături de progresele farmacologiei și radioterapiei, chirurgia reușește, prin transplanturi de rinichi, ficat, inimă, plămâni, pancreas, prin *by-pass*-uri și chirurgie reconstructivă, uimitoare performanțe.
Această enormă tehnicizare și progres științific nu poate și nu va putea vreodată să înlocuiască relația medic-pacient, singura care dă dimensiunea umană și etică sau, altfel spus, *divină* întregii medicine. Nici un model medical nu va putea să se lipsească de atributele eterne ale medicului, etern discipol al lui *Hipocrate* care fără empatie, siguranță profesională, capacitate de comunicare, putere de analiză în fața avalanșei de factori care amenință pacientul său, putere de anticipare asupra urmărilor psihologice ale intervențiilor sale și fără dimensiunea sa etică nu ar valora aproape nimic.
O abordare modernă a psihologiei medicale este, în opinia noastră, cea făcută din linia întâi a activității medicale, cea care se desfășoară într-un mare spital general, în care intervenția psihologică se validează imediat în domeniul practicii.

ISBN: 973-9394-37-X

FLORIN TUDOSE

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
FLORIN, TUDOSE
O abordare modernă a psihologiei medicale / Florin Tudose
Bucureşti: Infomedica, 2000
190 p.; 24 cm
Bibliogr.
ISBN 973 – 9394 – 37X
159.9: 61
© 22.000 – INFOMEDICA s.r.l.
O abordare modernă a psihologiei medicale – FLORIN TUDOSE
ISBN: 973 – 9394 – 37-X
Toate drepturile rezervate Editurii INFOMEDICA. Nicio parte din acest volum nu poate fi copiată fără permisiunea scrisă a Editurii INFOMEDICA.
Drepturile de distribuţie în străinătate aparţin în exclusivitate editurii. Copyright © 22.000 by INFOMEDICA s.r.l. All rights reserved.
Apărut 2000
Prezentarea grafică a coperţii aparţine Irinei Crivăţ
Tehnoredactare computerizată:
Ing. Nicoleta Anghel
Lorena Ionică
Tipar realizat de INFOMEDICA s.r.l.
Editura INFOMEDICA Bucureşti
Şos. Panduri 35, El. PI B, Se. A, Ap. 34 Tel/Fax: 781.34.28; 410.53.08
Referent ştiinţific: Prof. dr. VASILE CHIRIŢĂ

CUVÂNT ÎNAINTE

*Dacă în anii ’80 existau în România mai multe lucrări cu titlul de psihologie medicală care reflectau cunoştinţele şi concepţiile din acea vreme, în prezent nu există o lucrare de referinţă care să ţină pasul cu marile schimbări dintr-un domeniu cu precădere dinamic. Cartea scrisă de doctorul Florin Tudose vine să împlinească tocmai acest gol, abordând problematica psihologiei medicale într-un mod novator, fără însă a renunţa la nimic din ceea ce tradiţional aparţine acestui domeniu. Autorul încearcă, şi în opinia noastră reuşeşte într-un mod strălucit, să stabilească un tip de prezentare a principa*lelor *probleme care să intereseze cititori de cele mai diferite nivele: studenţi în medicină şi psihologie, medici de familie, medici de cele mai diverse specialităţi şi, în sfârşit, pe toţi cei implicaţi în problemele serviciilor medicale sau doar interesaţi de ce se întâmplă în medicina modernă. Demersul introductiv stabileşte locul şi rolul psihologiei medicale încercând o mai clară delimitare a acesteia în rândul ştiinţelor medicale şi sociale. Acest demers are şi rolul de a descoperi posibilele valenţe funcţionale ale acesteia. Concepte precum normalitatea, vulnerabilitatea, mecanismele de apărare şi raportul lor cu stresul sunt tratate ca un continuum descifrat pertinent. De remarcat că problema apărărilor şi a stresului, a evenimentelor de viaţă, nu este studiată distinct în facultăţile de medicină sau psihologie deşi este una centrală în explicarea unor comportamente normale şi patologice. Comunicarea medic-pacient, privită din unghiuri şi ipostaze diverse printre care deosebit de interesantă ni s-a părut cea a medicului ca pacient şi a patologiei profesionale de relaţie, vine să aducă noi perspective dar şi utile date practice pentru depăşirea unor dificultăţi inerente. Într-o manieră asemănătoare este tratată şi problema personalităţii şi aici trebuie subliniat un mare merit al cărţii, acela de a familiariza medicul nepsihiatru cu*

vastul capitol al tulburărilor de personalitate. Şi aici sunt propuse soluţii directe pentru situaţiile particulare pe care acest tip de bolnavi le crează. Ca un memento pentru medic dar şi ca un ghid pentru studentul medicinist sau pentru cel de la psihologie, prezentarea sintetică a tulburărilor psihopatologice dezvăluie în autor profesionistul matur care filtrează corect informaţia operaţională. Acelaşi lucru este relevat şi de ultimele două capitole care dezvoltă corelaţia strânsă şi practică ce există între perspectiva psihologică antropologică şi cea medicală. Psihosomatica şi domeniul tulburărilor somatoforme nu sunt tratate sistematic în niciuna din universităţile de medicină din ţară şi lucrarea de fată găseşte calea pentru o bună dezvoltare a acestui capitol important de patologie.

În sfârşit, psihiatria de legătură este pentru prima dată *reprezentată în România şi încă cu deosebită competenţă ca un model pentru dezvoltarea unui domeniu de maximă actualitate şi în România. Din păcate doctorul Florin Tudose rămâne până în prezent singurul specialist al acestui domeniu din ţara noastră, iar serviciul dezvoltat la Spitalul Universitar este încă unul singular.*

În ansamblu, cartea este de o deosebită calitate ştiinţifică dar şi didactică, aduce importante noutăţi şi va fi un instrument de maximă utilitate pentru foarte mulţi specialişti.

Acad. Prof. Dr. Mircea Lăzărescu

CUPRINS

Cuvânt înainte I

Capitolul 1

PENTRU O PSIHOLOGIE MEDICALĂ MODERNĂ

Definiţia, obiectul şi conţinutul psihologiei medicale 1

Prolegomene în apariţia psihologiei medicale 4

Raportul psihologie medicală şi clinică – psihologie

10
Relaţii cu domeniul ştiinţelor medicale şi biologice 11
Relaţia cu psihiatria 11
Relaţia cu psihopatologia 11
Relaţia cu psihosomatica 12
Capitolul 2
NORMALITATE, SĂNĂTATE, ANORMALITATE ŞI BOALĂ PSIHICĂ
Despre conceptul de normalitate 15
Normalitatea ca sănătate 16
Normalitatea statistică (ca valoare medie) 17
Normalitatea utopică (normalul ideal, valoric); Concepţii psihanalitice despre normalitate 18
Normalitatea ca proces 20
Despre conceptul de sănătate 20
Despre conceptul de anormalitate 21
Despre comportamentele anormale 23
Despre conceptul de boală psihică 25
Capitolul 3
ADAPTARE, STRES ŞI MECANISME DE APĂRARE
Conceptul de adaptare 27
Despre starea de sănătate 32
Conceptul de stres 32
Trăsături de personalitate în determinarea bolilor 34
Mecanisme de apărare 36
Resursele sociale 44
Capitolul 4
VULNERABILITATE ŞI EVENIMENTE DE VIAŢĂ
Evenimente de viaţă 47
Natura evenimentului 47
Importanţa evenimentului 48
Contextul evenimentului.51
IV
Tracasările şi momentele bune cotidiene 52
Constrângerile rolului. Natura lor 52
Abordarea socio-clinică a lui Brown şi Harris 54

Importanţa interacţiunilor *57*
Principiul sumarii 58
Vulnerabilitate şi agenţi declanşatori 58
Suport social 58
Clasa socială 60
Sexul 60
Capitolul 5
COMUNICAREA ŞI RELAŢIA MEDIC-PACIENT
Fereastra DONA 63
Factori care perturbă comunicarea 67
Comunicarea medic-pacient 68
Relaţia medic-pacient 68
Modelul biopsihosocial 69
Comportamentul faţă de boală 69
Modele ale relaţiei medic-pacient 70
Stabilirea relaţiei 72
Transfer 73
Contratransfer 74
Medicii ca pacienţi *75*
Medicul şi patologia psihologică profesională 76
Evaluarea intensităţii sindromului de burnout la medici şi personalul medical... *77*
Câteva ipostaze speciale ale relaţiei medic-pacient 79
Aspecte ale dinamicii relaţiei medic-pacient 79
Formular pentru observarea şi evaluarea comunicării interpersonale medic-pacient 80
Capitolul 6
PERSONALITATEA NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ
Personalitatea normală 83
Încercări de definire a personalităţii 84
Personalitatea şi ciclurile vieţii 88
Etapele ciclului vieţii 91
Perioada copilăriei 92
Perioada adultă 97
Perioada bătrâneţii 99
Teren premorbid şi vârstă 100

Boală şi personalitate 101
Tulburări de personalitate 104
O clasificare a tulburărilor de personalitate şi ipostaze medicale ale acestora... 108
Modalităţi de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate internat... 11 3
Personalitatea medicului şi diagnosticul 116
V
Capitolul 7
ELEMENTE DE PSIHOPATOLOGIE 117
Capitolul 8
DE LA PSIHOSOMATICĂ LA SOMATIZARE
O VIZIUNE INTEGRATIVĂ ÎN MEDICINĂ
Definiţii şi cadru conceptual 153
Somatizarea între psihanaliza şi neurobiologie 154
Somatizare şi medicina psihosomatică 155
Grupa tulburărilor somatoforme în DSM-IV 155
Tulburări somatoforme şi normativitate 156
Afectivitatea negativă şi somatizarea 156
Somatizare şi conştiinţă 157
Somatizarea – un comportament în faţa bolii 158
Genetică şi somatizare 158
Somatizare şi personalitate 159
Posibile modele ale somatizării 159
Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic 159
Somatizarea ca tendinţă de a apela la îngrijiri medicale 162
Somatizarea ca o consecinţă a suprautilizării asistenţei medicale... 162
Etiologie şi ontologie în somatizare 164
Fiziologie şi psihiatrie în determinarea simptomelor funcţionale 165
Factorii psihosociali şi somatizarea 166
Comorbiditate şi somatizare 166
Nosografie şi somatizare 166
Antropologie şi somatizare 167
Captolul 9

PSIHIATRUL CA MEDIC, PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ – COMPONENTĂ A MEDICINEI INTEGRATIVE
Psihiatrul ca medic 169
Cadrul conceptual al psihiatriei de legătură 171
Prevenţia primară, secundară şi terţiară 172
Metodologii de triaj şi descoperirea unor cazuri la debut 173
Promovarea unor reforme şi schimbări structurale în unităţile în care îşi desfăşoară activitatea 174
Evaluarea calităţii vieţii 175
Organizarea serviciilor de psihiatrie de legătură 177
Comorbiditate psihiatrică şi medicală în spitalul general 178
Tipuri de intervenţie în psihiatria de legătură 179
Icebergul patologiei şi intervenţia psihiatrului 180
Expectaţiile somaticianului faţă de psihiatria de legătură 181
Psihiatria de legătură ca factor educational 182
Psihiatria de legătură în România – realităţi şi opţiuni pentru viitor 184
CAPITOLUL 1
PENTRU O PSIHOLOGIE MEDICALĂ MODERNĂ
Să nu făgăduieşti o vindecare
Să nu afirmi că un gest este lipsit de risc
Să nu faci remarci asupra tratamentelor anterioare
Să nu vorbeşti mult şi prea multe.
Grafton Love
Definiţia, obiectul şi conţinutul psihologiei medicale Prolegomene în apariţia psihologiei medicale Raportul psihologie medicală şi clinică – psihologie Relaţii cu domeniul ştiinţelor medicale şi biologice
Relaţia cu psihiatria
Relaţia cu psihopatologia
Relaţia cu psihosomatica
DEFINIŢIA, OBIECTUL ŞI CONŢINUTUL PSIHOLOGIEI MEDICALE

Istoria domeniului psihologiei medicale este una agitată şi acesteia i se pot găsi rădăcini în chiar începuturile artei şi ştiinţei medicale. Psihologia medicală a revenit în forţă atât în ceea ce priveşte demersul practic cât şi consideraţiile teoretice abia în secolul XX, ultimii 50 de ani transformând radical atât practica medicală cât şi intervenţia din direcţia psihologiei în actul medical. În fapt, domeniul psihologiei medicale şi clinice a devenit zona centrală, de rezistenţă a psihologiei, un domeniu în care îşi desfăşoară într-un fel sau altul activitatea, cei mai mulţi din absolvenţii facultăţilor de profil din ţările puternic dezvoltate.

În acelaşi timp, importanţa studiului psihologiei medicale pentru medici nu a încetat să se amplifice, o recentă recomandare a preşedintelui Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie (Lopez-lbor Alino J.J., 1999) precizând că:

— Nu se va trece la studiul psihiatriei de către studenţii în medicină fără să se precizeze importanta patologiei psihiatrice în practica medicinii generale;

— Prezentarea psihologiei medicale va permite folosirea acesteia în practica medicală curentă;

— Vor fi prezentate fundamentele ştiinţifice, ţinând de domeniul neuroştiinţelor, ştiinţelor sociale şi psihologiei generale.

O abordare modernă a psihologiei medicale

O definiţie comprehensivă a psihologiei medicale unanim acceptată nu există, dar există o serie de adevăruri incontestabile care pot conduce spre acoperirea întregului spectru de activitate în care se pot recunoaşte punctele de interes şi aplicaţie ale acesteia. Este vorba de un concept hibrid care a fost întotdeauna greu de definit într-o manieră convenabilă unde au fost alăturaţi doi termeni care în mod cert nu se contrazic, dar care, de aceea, nu au în mod evident o legătură naturală între ei.

Exista chiar opinii cum este aceea a lui J. Tignol care

situează medicina prin practica şi prin obiectul său la polul opus psihologiei, văzând-o ca pe o antipsihologie. El adaugă că ne situăm actualmente în faţa unei ştiinţe medicale riguroase a cărei antipsihologie fundamentală este fondatoare şi perfect justificată. Dimpotrivă, aceeaşi antipsihologie aplicată în cazul solicitării de îngrijiri, distinctă faţă de boală şi definitorie dintotdeauna pentru condiţia umană, este nu numai antiştiinţifică ci şi un eşec. Chiar şi americanii încep să scrie că medicina ar trebui să aibă grijă să răspundă corect solicitărilor reale ale bolnavilor, deoarece aceştia încep să o evite îndreptându-se către practici non-medicale (vindecători, bioenergeticieni, vrăjitori).

Delahousse este frapat de faptul că în spitalul general există o inadecvare din ce în ce mai evidentă între extraordinarul perfecţionism tehnic cu împărţirea sarcinilor şi depersonalizarea intervenanţilor pe care aceasta o impune şi persistenţa unei mişcări masive ce împinge spre spital o masivă populaţie heterogenă care ridică probleme umane, sociale, psihice, care trăieşte momente de criză, care utilizează diferite registre de exprimare somatică a cărei organicitate reprezintă doar un aspect şi a cărei luare în grijă este total incompletă, aleatorie.

Dacă, în conformitate cu definiţia lui P. Popescu Neveanu – obiectul psihologiei generale tratează procesele, sistemele şi însuşirile psihice integrând şi problematica generică a personalităţii, studiul psihologiei medicale se poate restrânge la domeniile relaţiilor interpersonale şi ale grupurilor mici (P. Golu) şi are ca obiect de studiu psihologia bolnavului şi a relaţiilor sale cu ambianţa, legăturile sale subiective cu personalul medico-sanitar (în mod predominant cu medicul) şi cu familia.

Ea studiază şi reacţia psihică a bolnavului fată de agresiunea somatică şi/sau psihică (posibila generatoare de boală) şi mijloacele psihice de tratament. Cl. Veil

adaugă ca aparţinătoare de conţinutul psihologiei medicale atitudinea în faţa morţii, fenomenele de transfer şi contratransfer, beneficiul secundar, relaţiile umane de la nivelul spitalului.

Pot fi înserate, conform opiniei lui G. Besançon, în cadrul rubricii psihologie medicală, toate faptele din practica medicală unde intervine, într-un fel sau altul, un factor psihologic, fie că e vorba de un eveniment traumatizant din punct de vedere afectiv (doliu, despărţire), de determinarea sau evoluţia unei afecţiuni somatice, sau de relaţia medic-pacient în cursul elaborării diagnosticului, al conducerii tratamentului sau de-a lungul evoluţiei bolilor cronice. În opinia acestui autor psihologia medicală, adică spiritul său, este sau ar trebui să fie prezentă în practica medicală cotidiană şi obişnuită (medicina generală sau de familie) sau mai sofisticată (grefe, tratament complex al cancerelor, cronicitate, abordarea morţii etc.).

V. Săhleanu şi A. Athanasiu adaugă în sfera de preocupări a psihologiei medicale şi problematica psihologică a profesiunii medicale, separat de problematica relaţiei interpersonale medic-pacient. Aceşti autori consideră că psihologia medicală trebuie să fie psihologia care are în centrul ei „drama" persoanei umane punând accentul atât pe datele obiective, cât şi pe cele subiective, în primul rând introspecţia bolnavului şi

Pentru o psihologie medicală modernă intuiţia medicală. Un raport al British Psychological Society atribuie studiului psihologiei medicale cinci subiecte majore: funcţiile psihice elementare, psihologia socială, psihologia dezvoltării, diferenţele individuale, psihologia în relaţiile cu medicina (efectele psihologice ale bolii, relaţiile medic-bolnav).

Încercând să simplifice domeniul de definiţie, W. Huber (1992) defineşte psihologia clinică arătând că este ramura psihologiei care are drept obiect problemele şi

tulburările psihice ca şi componenta psihică a tulburărilor somatice. Este deci studiul problemelor psihice care se manifestă în conduitele normale şi patologice şi ale intervenţiei în aceste conduite. Această definiţie îi permite autorului francez să refere psihologia medicală nu doar la cele trei domenii deja clasice: situaţia de a fi bolnav, relaţia medic-pacient, psihologia profesiunii medicale, ci să o extindă către psihologia sănătăţii şi psihologia comunitară.

Psihologia medicală prin specificitatea obiectivelor şi mijloacelor sale de cercetare oferă posibilitatea unei mai bune precizări şi aprecieri a tulburărilor psihice din evoluţia unui proces de îmbolnăvire, demers cu reverberaţii atât în diferenţierea actului terapeutic, cât şi a modalităţilor de asistenţă medicală proiectată competent şi comprehensiunea faţă de persoana bolnavă, ambianţă şi factori de risc. Ea oferă în acest mod şi investigarea posibilităţilor de prevenţie sau de minimalizare a consecinţelor unor stări psihopatogene, având drept corolar păstrarea sănătăţii.

Această extensie către psihologia sănătăţii este legată strâns de noţiunea de sănătate mintală, valoare fundamentală a societăţii contemporane care a căpătat o pondere deosebită în interesul opiniei publice. De altfel, chiar sănătatea a fost redefinită de Organizaţia Mondială a Sănătăţii ca fiind nu doar absenţa bolii, ci existenta unei stări de bine şi confort psihologic, somatic şi social al individului.

În ceea ce priveşte alegerea între sintagmele „psihologie medicală” şi „psihologie clinică” credem că fără a fi similare, cele două formulări acoperă un câmp asemănător de preocupări, psihologia clinică putând fi considerată un subdomeniu al psihologiei medicale. Cu siguranţă că termenul *clinic* nu se referă la asistarea bolnavului imobilizat la pat (cf. gr. *klinikos* = „de pat”), ci la observaţia directă, imediată şi nemijlocită pe care studiul de caz individual o presupune atât în medicină

cât şi în psihologie.

Dicţionarul LAROUSSE defineşte *psihologia clinică* drept *„metodă specifică de înţelegere a conduitelor umane care urmăreşte să determine simultan ceea ce este tipic şi ceea ce este individual* la *un subiect considerat ca o fiinţă care trăieşte o situaţie definită*”. (N. Sillamy, 1995). Pornind de la studiul de caz individual, aceasta ar dori să ajungă la o generalizare ştiinţifică valabilă. În opinia acestui autor ea utilizează datele furnizate de:

— Ancheta socială
— Tehnici experimentale
— Observare comportamentală
— Convorbirea de la om la om
— Date de biotipologie
— Date psihanalitice.

Consideram ca despărţirea artificială psihologie clinică – psihologie medicală nu poate fi făcuta, psihologia medicală având drept instrument de lucru metoda clinică. De asemenea, despărţirea psihologiei medicale de psihologia medicinii ni se pare un demers inutil care ar crea artificial un domeniu care nu ar avea unelte specifice. Psihologia medicală se referă la atitudinea fata de bolnav şi boală, faţă de sistemele de îngrijire

O abordare modernă a psihologiei medicale a sănătăţii, atât ale individului bolnav cât şi ale celui sănătos, acest lucru incluzând logic şi atitudinea medicului şi a celor ce lucrează în domeniul medical faţă de propria profesiune. De asemenea nu vom fi niciodată în acord cu cei ce vorbesc despre o medicină psihologică, pentru că aşa cum am arătat anterior, obiectul medicinii este individul uman care nu poate fi dezatribuit niciodată de dimensiunea sa psihologică în niciuna din ipostazele sale.

PROLEGOMENE ÎN APARIŢIA PSIHOLOGIEI MEDICALE

Se poate spune că este imposibil de separat momentul apariţiei psihologiei medicale de cel al apariţiei medicinii.

Acest lucru ţine de o problemă fundamentală a medicinii şi anume aceea a unităţii funcţionale soma-psyche. Problema este apărută de la începuturile medicinii ca artă şi ştiinţă în spaţiul cultural european, respectiv odată cu începutul filosofiei antice greceşti. Oricât ar părea de paradoxal, dificultăţi conceptuale ca şi de abordare psihopatologică, înţelegerea unei simptomatologii şi integrarea ei într-un model psihopatologic îşi găsesc explicaţii şi, uneori, chiar sensibile răspunsuri în felul în care o abordare sau alta a transpus în timp, mai mult sau mai puţin complex, un mod filosofic de a da perspectivă demersului logic.

Naşterea medicinii a fost simultană cu cea a filosofiei, iar miracolul hipocratic nu poate fi în niciun fel separat de miracolul civilizaţiei greceşti. Acest lucru a fost inspirat sintetizat de J.B. Cayol care spunea: *„În ziua pe care o plănuise pentru a da o forma artei medicale, Dumnezeu a făcut să se nască un om provenit dintr-o veche familie de medici, la mare cinste în Grecia. L-a făcut să se nască în secolul cel mai luminat al antichităţi, astfel că a fost contemporan cu Socrate şi maestru al lui Platon”*.

Înrudirea dintre formulările operelor hipocratice şi ideile dezvoltate în diferite fragmente filosofice este indubitabilă *„întreaga Colecţie hipocratică este legată printr-o mulţime de fire cu întreaga filosofie presocratică şi socratică”*. (A. Dies, 1927)

Nu poate fi o coincidenţă că cele mai importante şcoli medicale, cele de la Knidos şi Kos, s-au dezvoltat şi au atins maxima înflorire în apropierea Miletului, unul din principalele centre comerciale, metropolă a sute de aşezări şi patrie a unor personalităţi proeminente ale filosofiei presocratice: Thales, Anaximene, Anaximandru.

Precedând presocraticii, Homer, care nu poate fi

considerat un filosof în sensul obişnuit al cuvântului, pune în poemele sale problema raportului dintre psyche (suflul vieţii care continuă să trăiască şi după moarte într-o formă atenuată) şi soma (cadavru nemişcat, ceea ce rămâne din agregatul mobil de mădulare din care a dispărut psyche). Homer este cel care face prima legătură dintre cap şi suflet afirmând că sufletul eroilor iese pe gură, dar desparte pyche de timos-spiritul, care ar fi localizat în diafragma (phrenes) cu care omul gândeşte şi simte.

Thales este reprezentantul cel mai important al şcolii din Milet. El afirmă că substanţa care stă la baza tuturor lucrurilor şi se transformă în toate lucrurile este apa. El şi şcoala ionică vor afirma derivarea lumii dintr-un principiu unic material. În acelaşi sens, Heraclit din Efes va gândi ca element primordial focul în permanentă schimbare, asemeni întregului Univers în care nimic nu rămâne imobil: *„Lumea a existat întotdeauna, ea este şi va fi mereu un foc viu"*. În acord cu J. Hersch, important este nu că aceşti gânditori au ales o soluţie sau alta pentru problemele la care încercau să-şi

Pentru o psihologie medicală moderna răspundă, ci faptul că au stabilit o direcţie spre ceva mereu în mişcare capabil să ia chipul tuturor lucrurilor fără a se anihila.

Şcoala eleată, al cărui principal reprezentant a fost Parmenide, afirmă cu vigoare principiul identităţii pe care îl instalează în fiinţa însuşi. Fiinţa este, după Parmenide, ceva profund divin, fără nicio personificare. Fiinţa este un tot perfect. Această concepţie despre fiinţă va fi unul din filoanele care se va regăsi de-a lungul întregii istorii a gândirii occidentale. Lumea sensibilă percepută prin intermediul simţurilor este considerată doar aparentă, iar lumea aparenţelor ar fi condusă de o divinitate situată în centrul ei căreia îi aparţin timpul şi spaţiul.

În opoziţie cu eleaţii, atomiştii (Democrit, Leucip,

Anaxagora) propun o reprezentare a fiinţei printr-o multitudine de mici unităţi indivizibile, imuabile, indestructibile, care constituie fondul permanent al realului, care se alătură unul altuia în mii de feluri provizorii pentru a alcătui lumea schimbării. Atomiştii au făcut o încercare serioasă de a distinge între psyche şi nous atât ca funcţie, cât şi ca localizare. *Nousul*, inteligenta, intelectul, spiritul fiinţează separat de masa asupra căreia acţionează.

Interacţiunea corp-suflet, soma-psyche a fost obiectul unor constante reflexii după ce Anaxagoras a operat distincţia psyche-soma. În viziunea lui Democrit, atomii corpului şi sufletului sunt juxtapuşi, dar Lucretius consideră că această aserţiune este imposibil de susţinut.

Diogenes din Apolonia consideră că legătura psyche-aer este evidentă pentru că de acesta din urmă depinde viaţa. În secolul al VI-lea psyche ajunge să absoarbă funcţiile thimosului homeric şi termenul va fi folosit pentru totalitatea psihică a omului, în timp ce în paralel, agregatul fizic al mădularelor şi părţilor corporale va ceda locul lui soma, care nu mai înseamnă acum cadavrul, ci unitatea fizică corelată cu ceea ce psihic este psyche.

O importanţă aparte a avut şcoala pitagoreică, Pitagora fiind primul gânditor grec care a căutat în structurile corporale suportul material al fenomenelor psihice, realizând la nivelul cunoştinţelor epocii şi în cadrul concepţiei cosmologice proprii interrelaţia suflet-corp. El a considerat sufletul (neuma) o formă materială care se mişcă prin corp şi este constituit dintr-un principiu cosmic – eterul. El reia modelul orfic privitor la suflet, dar îl extinde escatologic susţinând natura cosmică a sufletului care se întoarce în spaţiile siderale după moartea care îl eliberează din corp.

Am insistat asupra ideilor pitagoreice deoarece unii istorici ai medicinii atribuie excepţionalului gânditor din

Samos paternitatea unor idei ale corpusului hipocratic. Aceasta cu atât mai mult cu cât Alemenon din Crotona discipol al lui Pitagora a fost o proeminentă personalitate medicală a timpului. El va fi cel care spune: *„Omul înţelege în timp ce animalele celelalte percep, dar nu înţeleg… Toate percepţiile ajung la creier şi aici se pun de acord”*.

În contrast cu ideile epocii, medicul filosof din Crotona încearcă să descopere relaţia sănătate-boală şi să explice aceste stări fundamentale prin prezenţa unor factori naturali de origine internă sau externă. *„Izonomia forţelor umed, uscat, rece, cald, amar, dulce, este născătoare de sănătate, pe când monarhia lor provoacă boala; într-adevăr, monarhia oricăreia este un lucru primejdios”*.

Opera lui Socrate este greu de separat de cea a lui Platon, ea fiind transmisă în mare parte prin conţinutul dialogurilor platoniciene.

Originile delfice ale gândirii sale îl vor îndemna spre cunoaşterea de sine, spre o înţelegere profundă a naturii umane sub toate aspectele; nu a scris nimic şi nu a lăsat nicio mărturie personală despre el însuşi.

O abordare modernă a psihologiei medicale

Opera platoniciană în totalitatea ei şi în devenirea ei temporală poate fi definită ca una în care fiinţa umană este prezenţa absolută, ca un discurs filosofic care îşi asumă omul ca element esenţial. Circumscrisă orizonturilor filosofiei greceşti referitoare la om şi la destinul său, ea se defineşte ca originală în particularizarea ideii de necesitate a cunoaşterii vieţii umane şi a conservării acesteia prin forma care o singularizează (Gh. Al. Cazan, 1994). Concepţia lui Platon, care vedea omul ca structură dual, în acelaşi timp trup şi suflet, relevată în toate dialogurile referitoare la om, va marca întreaga cultură ulterioară (antică, medievală şi modernă).

În opera lui Platon, problematica corpului şi a

sufletului, care este inseparabilă, constituie un fel de linie de creastă în continuitatea având pe de-o parte contextul arhaic în care filosofia a luat naştere, iar de cealaltă tot ceea ce îi va succede de la Aristotel la epicurieni.

Platon ne propune deci o manieră absolut remarcabilă de a gândi articularea corpusului mitologic şi corpusului ritualurilor religioase. Nebunia sfântă este cea a cărei inspiraţie divină permite convertirea problemelor dureroase în probleme de rezolvat şi de aici în probleme care solicită rezolvări foarte precise. Calea de rezolvare a conflictului este, aşa cum o indica Platon, boala, care poate tot atât de bine să fie corporală, excesul de probleme cu care individul se confruntă evidenţiind de o manieră mai generală un destin nefast sau malefic.

Platon consideră sufletul *„uman şi divin deopotrivă, luând în seamă înrâuririle şi faptele ce îi sunt proprii”*. Sufletul este definit ca nemuritor prin faptul că se mişcă de la sine şi este sursă şi principiu al mişcării pentru toate câte se mişcă. Iar acest principiu este el însuşi neînnăscut. Mişcarea este concepută atât în sens de mişcare, cât şi în sens de schimbare. Sufletul ne apare asemenea unei puteri ce prinde laolaltă, din fire îngemănaţi şi înzestraţi cu aripi, atelaj înaripat şi pe vizitiul său. Este semnificativă această concepţie a corpului ca mişcare automotorie şi automobilă, conducând mai degrabă la o separare a corpului de suflet, decât la o integrare a acestora. Când sufletul îşi pierde aripile ia chip de fiinţă pământească ce pare că se mişcă de la sine când de fapt pricina mişcării este puterea sufletească.

Influenta concepţiilor orfico-pitagoreice este evidentă: psyche o unitate nemuritoare supusă renaşterii ciclice într-un corp care este sursa tuturor relelor. Scopul vieţii devenea astfel purificarea (*catharsis*) pregătirea pentru moarte şi revenirea sufletului în mediul său

natural – cosmosul. Din aceleaşi surse provine şi doctrina reamintirii: nu ne reamintim detalii dintr-o viaţă anterioară, ci doar recunoaşterea formelor (ei de); psyche este facultatea prin care cunoaştem ei dele pentru că sufletul este înrudit cu ele fiind nemurilor, invizibil şi imaterial. Platon va reveni asupra acestor idei admiţând că anumite funcţii somatice aparţin şi ele sufletului (care în Phaidon era considerat ca acţionând independent de simţuri). În *Republica*, Platon reintroduce tripartiţia sufletului: parte relaţională (*logisticon*), parte pasională (*thymoeidesis*) şi parte apetenţă, toate cu virtuţi şi *pathe*. În *Phaidros*, Platon va arăta legătura dintre corp şi suflet la nivelul senzaţiei, în care sunt antrenate în mod egal; plăcerea se propagă de la corp la suflet. În *Timaios*, Platon va face distincţia între mişcări primare care sunt proprii sufletului şi mişcări primare care îşi au originea în corp şi ajung la suflet. Senzaţia este un fel de scurtătură (*seismon*) prezentându-se într-un fel corpului şi altfel sufletului, deşi le este comună.

Aristotel, fiu al unui important medic al vremii, elev şi disident al şcolii platoniciene, considerat al doilea părinte al filosofiei, a abordat într-o manieră complet diferită pro pentru o psihologie medicală modernă blema sufletului şi a corpului în partea a doua a tratatului despre suflet (Peri psyches). Aristotel considera corpurile vii realităţi *„care se hrănesc, cresc şi dispar prin sine însăşi”*, compuse din materie şi din formă. El rupe dualismul metafizic corp-suflet afirmând că realitatea formală a corpului nu este altceva decât sufletul *„entelehia”*. Deşi în cursul perioadei platoniciene tratase sufletul ca pe o substanţă completă care nu are nevoie de corp, în „De Anima” el precizează: *„Corpul viu şi însufleţit (soma empsychon) este compus din hyle (principiul material) şi eidos (principiul formal)”*. Studiind părţile sufletului el alege calea funcţională numindu-le facultăţi (*dynameis*) şi porneşte de la cea

fundamentală, cea nutritivă, până la facultatea distinctivă, *noetika*. Definind trei grade ale sufletului vegetativ, senzitiv şi intelectiv, ca trei forme ale unei unităţi indisolubile, Aristotel neagă teza despre imortalitatea sufletului, *„sufletul fiind cauza finală şi formală a unui corp, nu poate supravieţui desfacerii unităţii acelui corp”*. Pe de altă parte, unele consideraţii ale lui Aristotel despre suflet se extind în domeniul psihologiei, atât în ceea ce priveşte funcţiile perceptive, cât şi în cele cognitive. Pe lângă cele cinci simţuri, el concepe şi un organ de simt comun care deosebeşte între percepţiile unor simţuri diferite. Aristotel vorbeşte despre imaginaţie ca producătoare de imagini independente de simţuri şi despre opinii care sunt produse ale imaginaţiei supuse controlului intelectual. El consideră pneuma drept materie imediată a activităţilor psihice, fără să o considere şi un principiu vital. De asemenea, consideră că manifestările sufleteşti de ordin emoţional şi afectiv sunt posibile numai la nivelul cordului care este şi sediul către care converg informaţiile de la nivelul receptorilor. De remarcat că datorită prestigiului extraordinar de care s-a bucurat Aristotel (biserica catolică îl consideră *„precursor Christi în rebus naturalibus”*) modelele propuse de el au rezistat mai bine de două milenii. Aristotel va fi considerat cea mai prestigioasă personalitate ştiinţifică în tot Evul Mediu.

Odată cu apariţia filosofilor stoici, viziunea asupra raportului suflet-corp se modifică radical. Stoicismul, materialism şi monism în acelaşi timp, afirmă că totul este corporal cu excepţia gândirii logice, vidului care înconjoară lumea, timpului şi spaţiului. Sufletul (*psyche*) este un corp (*soma*). Lumea însăşi este un corp şi o fiinţă pe care un divin corporal o străbate până în cele mai mici dintre bucăţile sale într-o manieră fizică. Natura este deci divină, putere demiurgică dar anonimă, intim legată de corpul lumii tot aşa cum corpul uman este

intim legat de sufletul său. De aici rezulta că viaţa lumii este una, aşa cum unică este viaţa omului. Filosofia stoică este o filosofie a omului continuu într-o lume continuă. Nimic nu este mai puternic decât Natura, iar cel înţelept îşi va realiza natura sa.

Accesul la înţelepciune era potrivit stoicilor condiţionat de o adevărată cultură a corpului, mergând de la exerciţii de respiraţie până la reprimări dure legate de *„un simbolism macabru, un soi de canibalism metaforic”* (*M.* Daraki, 1993). Dorinţa de stăpânire perfectă a corpului este legată de conceptul de ataraxie – absenţa tulburării, care ar conduce corpul la adevărata sa unitate cu sufletul, care la rândul lui, prin asceză, îl poate face să intre în unitate cu cosmosul.

Adevărata înţelepciune constă în a accepta inevitabilul care, de altminteri, se înscrie în ordinea universală perfectă. Omul trebuie să-şi elimine din suflet orice fel de pasiuni, patimi, pofte, dorinţe, pentru a putea rămâne astfel impasibil şi tare în faţa vicisitudinilor vieţii. Stoicii spuneau că omul care doreşte ceea ce nu depinde de el este un sclav.

Şcoala epicuriană este, ca şi stoicismul, un monism şi un materialism, dar foarte diferit de cel stoic. Această şcoală, ilustrata de Epicur şi poetul latin Lucretius, afirmă că

8 O abordare modernă a psihologiei medicale sufletul este la fel ca şi restul universului alcătuit din atomi, fiecare din aceştia fiind insecabili, imuabili şi inalterabili deoarece sunt simpli, necompuşi. Atomii sufleteşti sunt într-o stare mai puţin densă şi deci sunt mai rapizi şi mai liberi şi sunt intim legaţi de corp pe care îl însoţesc în toate fazele existentei sale, de la creşterea juvenilă până la îmbătrânirea sa şi, în final, în moarte. Sufletul va fi deci afectat de bolile corpului şi în momentul morţii se va risipi în aer, se va dispersa. Sufletul cunoaşte lumea exterioară prin simţurile corporale cărora le e martor sigur întotdeauna. Din toate

corpurile sunt emanate imagini sau simulacre de origine materială, care vin şi lovesc simţurile impresionându-le. Toate problemele omului vin din faptul că adesea noi interpretăm greşit, cu erori de judecată, iluziile noastre şi visele. Omul trebuie să trăiască pentru a evita necazurile, omul trebuie să se elibereze de falsele temeri şi să se bucure în linişte de plăcerile vieţii.

Deşi creştinismul nu este o doctrină filosofică, doctrina creştină poate fi luată în consideraţie în ceea ce priveşte subiectul care ne interesează deoarece ea a pus într-un mod cu totul neaşteptat problema raportului corp-suflet vorbind despre încarnare, adică de a deveni om al lui Dumnezeu, spirit în corp muritor. Iisus suferă în corpul său şi prin corpul său. Încarnarea lui Dumnezeu în Fiul său uman semnifică unitatea cărnii ca unitate intimă a sufletului şi corpului. Mai mult, chiar reînvierea este însoţită de dispariţia corpului din mormântul sfânt, ea fiind o regenerare prin reîncarnare, subliniindu-se faptul că spiritul nu poate exista (coexista) decât în şi prin corp. Aşa cum o arată opera Sfântului Augustin, creştinismul a reprezentat deschiderea spre o veritabilă cultură a elaborării inferiorităţii umane. Dacă la greci sufletul păstra ceva fundamental impersonal, în creştinism sufletul este esenţialmente individual, centrat pe un sine care în virtutea încarnării este chiar sinele divin. Caracterul său ascuns şi misterios face să trăiască în profunzimi sinele individual care, atunci când ajunge să se deschidă, iluminează şi transfigurează totul, inclusiv corpul. Sufletul este diferit de orice realitate materială, el nu mai este un fel de materie mai fluidă ca la epicurieni, ci altfel de substanţă, e o realitate de acelaşi ordin ca şi adevărul.

Moartea sufletului ar însemna separarea dintre el şi adevăr, lucru imposibil deoarece există consubstanţialitate. Dar adevărul este şi Dumnezeu *„Eu sunt calea, adevărul…”*. În felul acesta, Dumnezeu este în suflet. El este interior şi nu exterior sufletului. Este

„interior intimo meo”. Dumnezeu se află astfel în adâncurile sufletului.

Opera lui Toma D’Aquino, cel care pentru biserica catolică avea să devină Sfântul Toma, avea să încerce o sinteză majoră între opera aristotelică şi tradiţia creştină. *„Doctorul angelic”* stabileşte o ierarhie a formelor materiale şi pure între care încearcă să plaseze sufletul aşa cum trăieşte el în fiinţa umană. Sufletul omenesc este cea mai înaltă dintre formele amestecate cu materia, fiind legat indestructibil de corp. În acelaşi timp este cel mai de jos reprezentant al formelor pure.

Evul Mediu şi perioada renascentistă au fost dominate succesiv de gândirea aristoteliană şi ulterior de cea platoniciană, neoplatonicismul apărând ca o reacţie împotriva scolasticii medievale după secolul XIII. În problema corp-suflet ar putea fi luată în considerare contribuţia lui Muhammad ibn Rosd cunoscut ca Averroes, stea de primă mărime, nu doar între arabi şi nici doar în Evul Mediu (G. Vlăduţescu, 1973). Averroes respinge ideea de miracol, ideea primordialităţii formei asupra materiei, ideea nemuririi sufletului, precum şi teoria creaţiei lumii ex-nihil. Medic, jurist şi filosof, el spune despre destinul final al omului că ar consta din eliberarea omului din închisoarea existentei sale corporale şi intrarea sa într-o stare de euforie intelectuală obţinută prin con Pentru o psihologie medicală modernă 9

funcţia intelectului material sau „posibil” cu intelectul „activ” supraindividual. *„Această conjuncţie este un fel de perfecţiune divină a omului, unul din darurile lui Dumnezeu făcute acestuia”*. Averroes, comentând de Anima, afirmă că intelectul în stare potenţială, pe care el în numeşte „intelect material”, unic şi incoruptibil, este o substanţă separată, identică pentru toţi oamenii – el este inteligenţa speciei umane nemuritoare şi eternă spre deosebire de indivizi şi suflete.

O viziune nouă, care va revoluţiona gândirea filosofică creând noi temelii ideilor filosofice, a reprezentat-o opera lui R. Descartes. În tratatul asupra pasiunilor, autorul încearcă să stabilească explicaţii fenomenelor sufleteşti şi caută o modalitate de a exprima legătura dintre corp şi suflet care lucrează unul asupra altuia. Legătura dintre corp şi suflet, credea Descartes, se face prin glanda pineală, glanda pe care, în ciuda a numeroase încercări, nu a reuşit să o pună în evidenţă. El este conştient de faptul că orice gândire a sufletului, adică orice act al său, trebuie să aibă un răspuns într-o mişcare a corpului şi invers, orice mişcare a corpului se repercutează într-un fel oarecare asupra sufletului. Aceasta nu înseamnă că fiecare nu şi-ar avea natura proprie. În ceea ce priveşte sufletul şi simţirile sale primitive el încearcă să facă o trecere în revistă a acestora. Filosofia lui Descartes este în mod categoric dualistă: tot ce există se reduce la două realităţi fundamentale ireductibile una la alta: întinderea şi gândirea, *rex extensa* şi *rex cogitans*. Gândirea este activă, se pune singură în mod spontan în mişcare. Iar întinderea e pasivă, fiecare mişcare transmiţându-se din afară. Pasiunile primitive erau după Descartes tristeţea, bucuria, dorinţa, ura şi dragostea, admiraţia. Pasiunile acestea nu sunt, în opinia lui Descartes, apariţii nefireşti în sânul vieţii noastre. Ele nu sunt rele sau bune, ci doar întrebuinţarea pe care omul le-o dă nu este întotdeauna cea bună. În *Meditaţii*, R. Descartes accentuează la maxim dihotomia corp-spirit, insistând asupra faptului că şi corpul omenesc este de natură mecanică. Totuşi, în dorinţa deosebită de a-şi afirma existenta cugetătoare, Descartes nu va reuşi să înlăture confuzia pe care fuziunea sufletului şi corpului o provoacă în experienţa intimă a certitudinii factice de a exista (Marc Richir, 1993). Sistemul cartezian ar fi trebuit să răspundă dublei cerinţe – de a da o explicaţie mecanicistă pentru substanţa întinsă (corpul) şi o responsabilitate absolută

substanţei gânditoare (sufletul). Acest sistem salvgarda posibilitatea unui suflet nemuritor, corpul aparţinând întinderii se putea dizolva în ea. Sufletul, interioritate pură a gândirii, îşi păstra autonomia. Cu tot efortul pe care l-a făcut, Descartes nu a putut rezolva problema. Trebuie remarcat însă, că în epocă, cerinţa sa de a nu admite decât explicaţii mecaniciste a avut un efect enorm asupra ştiinţei, înlăturând balastul reprezentat de pretinsele explicaţii medievale.

Secolul XVII este dominat de figura lui T. Sydenham (1624 – 1689) care reia şi insistă asupra rolului etiologiei psihogene în întreaga patologie meritându-şi întru totul şi din acest motiv supranumele de *Hipocrate al Angliei*.

Două nume de referinţă marchează secolul al XVIII-lea: Ph. Pinel (1745 – 1826) fondatorul psihiatriei franceze şi cel al lui B. Rush – părintele psihiatriei americane, personalităţi care deşi au acţionat independent, au introdus concepte şi metode cvasisimilare: o mai bună observare a bolnavilor, o atitudine mai umană faţă de aceştia şi propunerea unui *tratament moral*.

Secolul XIX deschide, prin ideile exprimate de Heinroth Johann Christian (1773 – 1843), Jacobi Karl-Wigând (1775 – 1858), I.B. Friedrich, Charcot Jean Martin (1825 – 1893), Lasegue Ernest-Charles (1816 – 1883), Lotze, Tuke Daniel Hack (1827 – 1895), Behtereev Vladimir (1857 – 1927), calea spre delimitarea conceptului de psihologie

10 O abordare modernă a psihologiei medicale medicală şi chiar spre aplicarea în clinică a ideilor acesteia. Lor li se datorează termeni ca *psihosomatica*, *psihologie medicală*, *somatopsihic*, primele cărţi şi tratate în materie, apariţia unor reviste ca *Annales Medico-Psychologiques*. Două figuri în domeniul pe care îl prezentăm trebuie amintite cu deosebire, primul este Th. Ribot (1839 – 1916) care atât prin studiile sale asupra memoriei, voinţei şi tulburărilor afective, cât şi în

lucrările sale privind psihologia sentimentelor şi problemele psihologiei afective deschide importante direcţii în studiul psihologiei medicale. Cel de-al doilea, este W. Lightner (1867 – 1956), fondatorul în 1896 a primei clinici de psihologie din Statele Unite ale Americii şi a revistei *Psychological Clinic*. El este primul care foloseşte activitatea în echipa în examinarea, evaluarea şi terapia psihologică a cazurilor.

Secolul XX va fi influenţat de lucrările lui S. Freud şi ale şcolii de psihanaliză dezvoltată pornind de la acestea care vor avea un impact profund asupra medicinii şi psihologiei. În 1913, în Tratatul său de Psihopatologie, K. Jaspers introduce termenii de *psihologie comprehensivă* şi de *fenomenologie*.

Lucrările de psihologie medicală lui P. Schilder şi P. Janet vor schimba întreaga perspectivă a primei jumătăţi a secolului XX. Tot în această perioadă trebuie menţionată opinia lui K. Ernst (1888 – 1964) după care psihologia medicală trebuie considerată ca o psihologie a nevrozelor, ca expresie a psihologiei sufletului omenesc în general. *Cel care înţelege nevrozele cunoaşte şi fiinţa umană şi devine mai bine format pentru alte exigenţe ale profesiunii medicale*.

După 1950 psihologia clinică va redeveni obiect de studiu în Franţa şi în Statele Unite, numeroşi psihiatri şi psihologi de marcă îndreptându-şi interesul spre acest domeniu: Jean Delay, Pierre Pichot, Pierre Sivadon, Philippe Jeammet, E. Sten, Daniel Lagache, Dollard şi Miller, Eysenck H.S.

Un loc aparte trebuie consacrat lucrărilor Şcolii de la Tavistok Clinic reprezentată strălucit prin lucrările lui M. Balint, care în lucrarea sa *„Medicul, bolnavul şi boala”* îşi propune descripţia procesului privind relaţia medic-bolnav, cu efectele secundare neprevăzute sau nedorite de remediile medicale, descripţia semnelor de diagnostic care să permită recunoaşterea în timp util a procesului patologic şi modelul corespunzător de

psihoterapie în cadrul acestor relaţii complexe. El a subliniat importanţa transferului şi a încărcăturii afective negative pe care medicul în continuă confruntare cu boala o capătă, nevoia acestuia de a se descărca de trăirile de acest tip

În ţara noastră psihologia medicală este ilustrată de lucrările şi activitatea unor personalităţi ca: Eduard Pamfil, Nicolae Mărgineanu, Ion Biberi, Victor Săhleanu, George Ionescu, Mircea Lăzărescu, Andrei Atanasiu, Ioan Bradu lamandescu, Virgil Enătescu, Tadeusz Pirozynski, Gavril Cornuţiu.

Datele pe care le-am prezentat vin să confirme odată în plus aserţiunea lui Ebbinghaus conform căreia *psihologia are un lung trecut dar o scurta istorie* aserţiune care se potriveşte cu atât mai mult psihologiei medicale.

RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICALĂ ŞI CLINICĂ – PSIHOLOGIE

Psihologia medicală se dezvoltă azi din întrepătrunderea cu alte domenii de cunoaştere şi cercetare cum ar fi: psihopatologia, psihologia holistică şi antropologia, psihanaliza şi psihologia dinamică, cronobiologia, etologia, sociologia, psihologia experimentală şi neurofiziologia. Cu fiecare din aceste domenii psihologia medicală are legături biunivoce şi face un schimb continuu de informaţii.

Pentru o psihologie medicală modernă 11

Ea este legată de domeniul psihologiei generale prin aspectele legate de comunicare, aspectele legate de psihologia dezvoltării, aspectele legate de personalitate.

De asemenea este legată de psihologia sociala în cele mai diverse moduri: de la relaţia sociologică medic-pacient la impactul profesiunii medicale cu alte profesiuni conexe – medici, farmacişti, biologi, chimişti, de la modelul biopsihosocial al bolii la modelele terapeutice privind *lumea medicamentului* (*psihologia reclamei*, *marketing*), Ia calitatea vieţii ca indicator

modern de apreciere a intervenţiei terapeutice şi a activităţii medicale, de la interrelaţiile existente în interiorul instituţiilor de asistenţă la atitudinea mass-mediei faţă de boală şi suferinţă.

De asemenea este legată de domeniul psihologiei diferenţiale care folosind metodele psihometrice, testologia şi psihodiagnoza se încadrează în principiile generale de evaluare, etalonare şi diagnoză.

RELAŢII CU DOMENIUL ŞTIINŢELOR MEDICALE ŞI BIOLOGICE

Relaţia cu psihiatria este incontestabil cea mai profundă dintre cele stabilite cu disciplinele medicale atât din punct de vedere istoric cât şi metodologic şi nu întâmplător aproape toţi cei care au fondat psihologia medicală au fost medici psihiatri. Pentru Pirozynski (1988) *domeniul de acţiune, deşi în mod diferit denumit, constituie totuşi o zonă comună preocupărilor psihiatriei*: *nevrozele pentru Krtschmer*, *medicina psihosomatică pentru Commonwealth Found.*, *efectele secundare neprevăzute şi nedorite ale remediilor medicale pentru Balint*, *iar pentru toţi relaţia medic-bolnav*. Psihiatria reprezintă pentru psihologia clinică principalul domeniu din care îşi extrage informaţiile dar şi domeniul în care „tehnicile psihologice şi datele obţinute" sunt utilizate plenar. De asemenea, zona comună a psihoterapiei oferă un amplu câmp de desfăşurare psihologului clinician. Etiopatogenia tulburărilor psihice constituie alt domeniu de elecţie în care psihologia medicală aduce date care constituie *fundamentul ştiinţific al psihiatriei* (W. Huber, 1992). Domeniul psihiatriei sociale orientat spre mai buna integrare a factorilor sociali, economici şi culturali în abordarea etiopatogeniei tratamentului şi prevenţiei tulburărilor este zona cea mai fertilă de desfăşurare a psihologiei medicale. Într-un mod care pentru unii poate fi considerat paradoxal psihologia medicală interferă cu psihiatria biologică în cel puţin două domenii: psihoneurofiziologia – domeniu mereu în extensie în

ultimii ani şi psihofarmacologia. În psihofarmacologie validarea noilor substanţe terapeutice, a eficacităţii acestora ca şi a cadrului optim nosologic în care se recomandă au beneficiat de aportul substanţial al metodelor de evaluare psihologică. În acest fel psihologia medicală a contribuit la remedicalizarea psihiatriei (G. Ionescu, 1995).

Relaţia cu psihopatologia

Ca şi în cazul psihologiei medicale definirea noţiunii de psihopatologie rămâne încă supusă disputelor cu atât mai mult cu cât folosirea unor sinonime de tipul patopsihologiei sau psihologiei patologice dispune la confuzia cu psihologia clinică. Astfel, dicţionarul LAROUSSE consideră că există o sinonimie între psihopatologie şi psihologia patologica care ar fi *disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conştiinţă şi de comunicare* (N. Sillamy, 1995). Ea este plasată, în opinia

12 O abordare modernă a psihologiei medicale acestui autor, la jumătatea drumului dintre psihologie şi psihiatrie şi completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste şi statistică.

Exista uneori chiar tendinţa de a suprapune domeniul psihopatologiei peste cel al psihologiei medicale şi a o prezenta pe aceasta ca forma în care medicul ia cunoştinţă de tulburările psihice.

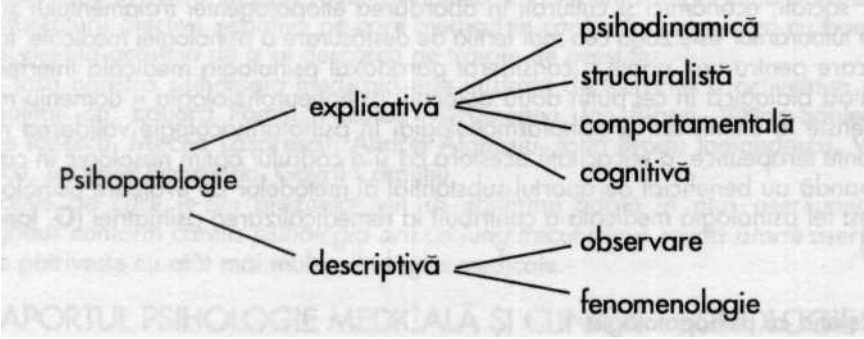
Psihopatologia nu abordează simptomele dintr-o perspectivă organică încercând să răspundă la întrebarea „de ce?” ci se referă la desfăşurarea acestora în comportamente anormale răspunzând la întrebarea „cum?”. Ea îşi propune să pătrundă în *universul morbid al subiectului* (N. Sillamy, 1965) pentru a cunoaşte viaţa psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (K. Jaspers, 1928). E. Minkowski (1966) precizează că psihopatologia este în raport cu psihologia ceea ce patologia este în raport cu fiziologia, iar în raport cu clinica psihiatrică

are statutul unei surori mai mici.

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoaşterii şi comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale (A. Sims, 1995). Acest autor subliniază cele două direcţii importante ale psihopatologiei: cea explicativă – aflată în raport cu construcţiile teoretice şi cea descriptivă – care descrie şi clasifică experienţele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul său.

Abordările domeniului psihopatologiei făcute din aceste două direcţii au condus la o multiplicare a unghiurilor de sub care domeniul a fost analizat. Într-o lucrare recentă a lui Ş. Ionescu (1995) sunt inventariate nu mai puţin de 14 perspective diferite. Acestea sunt în ordine alfabetică: abordarea ateoretică, behavioristă, biologică, cognitivistă, din perspectiva dezvoltării, ecosistemică, etnopsihologică, etologică, existenţialistă, experimentală, fenomenologică, psihanalitică, socială şi structuralistă.

Este evidentă legătura psihopatologiei cu psihologia medicală căreia îi oferă mijloacele de abordare ale unor situaţii decurgând din cunoaşterea topografiei şi dinamicii unor situaţii patologice. Noţiuni de psihopatologie vor face întotdeauna parte structurală din corpul psihologiei medicale.



Relaţia cu psihosomatica

Psihosomatica este o concepţie medicală care stă la baza diagnosticului şi terapiei celui aflat în suferinţă şi

care înglobează la un loc datele furnizate de examenul medical „obiectiv”, constante biologice, date de examinare a corpului, explorări funcţionale.

Pentru o psihologie medicală modernă 13

coroborate cu perspectiva psihologică şi considerarea factorilor psihosociologici în determinismul bolii. Termenul de psihosomatică a fost creat încă din 1830 de Heinroth, dar a fost introdus abia în anii ’50 în discursul medical de către Alexander şi Şcoala din Chicago. În fapt orientarea psihosomatică este de sorginte hipocratică şi este opusă viziunii lui Galien care trata boli şi organe bolnave, nu bolnavi. Unii autori consideră psihosomatica o *adevărată mentalitate de abordare a pacientului* I.B. lamandescu (1999). Acest autor consideră că următoarele caracteree generale caracterizează concepţia psihosomatică în medicină.

Concepţie holistică (integrativă) – unitatea dintre SOMA şi PSIHIC.

— *Bazată pe observaţii clinice (confirmate de cercetări epidemiologice), date experimentale psihofiziologice, neuro-endocrinologice* etc.

— *Includerea influentei mediului social (mediată prin psihicul bolnavului) asupra bolii*

— *Reliefarea la bolnavii psihosomatici a unei duble vulnerabilităţi la stres*:

— *Psihică*

— *De organ*

— *Impunerea stresului psihic ca factor de risc major în patogeneză*:

— *Aparent exclusiv*

— *Sumativ*

Încercând să dea cea mai simplă definiţie bolilor psihosomatice M. Wirsching (1996) afirmă că acestea sunt acele boli fizice în care psihosocialul are o pondere decisivă.

Psihosomatica contemporană a investigat şi a acceptat diferite mecanisme de sorginte psihanalitică,

cognitivă sau adaptativă ca generatoare ale suferinţelor psihosomatice.

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienţilor că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoţionale sau psihosociale demonstrabile, rămân în afara unei posibilităţi de definire clare. Disconfortul somatic nu îşi are explicaţie sau are una parţială, în ciuda convingerii cvasiunanime a pacientului că suferinţele lui îşi au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical şi care îi determină incapacitatea şi handicapul (Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990).

În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă şi de simptomele psihice consecutive unei afecţiuni medicale prin aceea că nu există nicio situaţie medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. Cei mai mulţi autori afirmă că acest concept, care grupează situaţii diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună a unui număr mare de probleme medicale (Ford, 1983). În mod cu totul paradoxal somatizarea este o problemă majoră de sănătate publica, simptomele funcţionale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă şi incapacitate socială. Tot în sfera sănătăţii publice intră şi faptul că pacienţii cu simptome somatice neexplicate, recurente, sunt adesea investigaţi in extenso, spitalizaţi, supuşi unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împleteşte cu metode recuperatorii costisitoare şi care creează boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

O abordare din direcţia psihosomatică permite după

lamandescu (1998) realizarea următoarelor obiective:

7. *Stabilirea ponderii factorului psihic*

— În apariţia bolii psihosomatice (factor de risc asociat)

— În ritmarea evoluţiei bolii psihosomatice (trigger-declanşant)

— Ierarhizarea participării sale etiologice în contextul plurifactorial al bolii psihosomatice

2. Impactul boală psihosomatică asupra psihicului bolnavului

— Reculul somato-psihic generat de disconfortul simptomelor;

— Afectarea indicilor de calitate a vieţii şi a inserţiei socio-profesionale

— Aşteptarea anxioasa a recidivelor bolii

3. Personalitatea bolnavului

— Premorbida („primară”) (factor genetic + factori de risc biografici)

— Secundară bolii

4. Tulburări neuro-psihice induse de boală psihosomatică (sau coexistente ori precedând boala psihosomatică)

5. Psihoterapia bolii psihosomatice – obiective

— Strategia de prevenire sau atenuare a stresului psihic (SP)

— Modalităţi de antrenament pentru confruntare cu SP

— Influenţarea efectivă a simptomelor bolii psihosomatice

— Prioritatea pentru formule de relaxare şi participare în grup

6. Asigurarea unei bune complianţe terapeutice

— Parteneriatul pentru sănătate dintre medic şi pacient

— Asigurarea monitorizării tratamentului

— Combaterea factorilor psihici perturbanţi

— Implicarea familiei personalului medico-sanitar

auxiliar în echipa terapeutică

(*Luban Plozza*)

7. Programe educaţionale şi iniţiative organizatorice pentru diverse categorii de pacienţi (*diabetici, cardiaci, reumatici* etc.)

CAPITOLUL 2

NORMALITATE, SĂNĂTATE, ANORMALITATE ŞI BOALĂ PSIHICĂ

Omul este măsura tuturor lucrurilor.

Anaxagoras

Despre conceptul de normalitate

Normalitatea ca sănătate

Normalitatea statistică (ca valoare medie)

Normalitatea utopică (normalul ideal, valoric); Concepţii psihanalitice despre normalitate

Normalitatea ca proces Despre conceptul de sănătate Despre conceptul de anormalitate Despre comportamentele anormale Despre conceptul de boală psihică

DESPRE CONCEPTUL DE NORMALITATE

Ca şi în alte domenii de studiu ale medicinii, pare complicat în primul rând de a defini normalul, la fel şi sănătatea mintală, aici fiind mai adevărată ca oriunde în altă parte părerea că acest atribut al omului nu se poate cuantifica precis. Dicţionarul de psihologie LAROUSSE precizează că normalitatea este o noţiune relativă, variabilă de la un mediu socio-cultural la altul şi în plus face interesanta precizare că *în medicina exista tendinţa de a se asimila omul normal individului perfect sănătos individ care la drept vorbind nu există* (N. Sillamy, 1995).

Introducerea în psihiatrie a conceptului de normalitate a ideii de normă, pare să clarifice întrucâtva problema psihiatriei, aceasta fiind în special în domeniul medicinii, o specialitate diacritică (H. Ey), pentru care diferenţa normal/patologic reprezintă principalul obiect de lucru.

M. Lăzărescu subliniază că se cere precizat ce se

înţelege prin normalitate (şi inclusiv sănătate), anormalitate, boală şi defect. Problematica cuplului normalitate-anormalitate este mai apropiată de „generalitatea" normelor, a abordării statistice, a regulilor şi legilor, pe când problematica „bolii" e mai legată de „concretul" cazului dat.

16 O abordare modernă a psihologiei medicale adică de cazuistică. Concepte mai largi decât cele de sănătate şi boală, normalitatea şi anormalitatea sunt teme de reflexie şi delimitare conceptuală şi pentru alte domenii ştiinţifice care au în centrul preocupărilor lor omul.

Nu suntem de acord cu părerea unor autori care consideră că psihiatria este centrată pe anormalitate, această imagine deformată fiind de fapt o răsturnare pesimistă a perspectivei medicale, care şi-a propus întotdeauna o revenire în cadrul normalului; normalul nu pare o limită deşi, din perspectiva bolii, el este una.

Patru perspective par să înglobeze majoritatea numeroaselor concepte clinice şi/sau teoretice care se referă la normalitate dar, deşi acestea sunt unice, au domenii de definiţie şi de descriere de fapt ele se completează una pe cealaltă şi numai sumarea lor poate da imaginea cea mai apropiată de real. Prima perspectivă, cea a normalităţii ca sănătate, este una tradiţională, cei mai mulţi medici şi printre aceştia şi psihiatri echivalând normalitatea cu starea de sănătate căreia i se atribuie caracterul unui fenomen universal. Dacă toate comportamentele ar fi înscrise pe o scală, normalitatea ar trebui să cuprindă porţiunea majoritară dintr-un continuum iar anormalitatea să reprezinte mica porţiune rămasă.

Normalitatea ca sănătate

Normalitatea statistică (ca valoare medie)

Normalitatea utopică (normalul ideal, valoric); Concepţii psihanalitice despre normalitate Normalitatea ca proces

Normalitatea ca sănătate. Normalitatea, adică

sănătatea, în cazul nostru cea mintală pare a fi o vastă sinteză, o rezultantă complexă a unei mulţimi de parametri ai vieţii organice şi sociale, aflaţi în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existentei individuale, nealterat funcţional şi morfologic, în istoria sa vitală. Manifestarea acestei stări de sănătate ar fi existenţa unei judecăţi şi a unei viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de existenta unei discipline psihologice şi sociale, pe fundalul bucuriei de a trăi şi al echilibrului introversie-extroversie.

Desigur limita normal-patologic este extrem de complicată, interferenţele şi imixtiunile celor două domenii fiind un imprevizibil labirint. Niciun univers nu este mai greu de analizat decât psihismul şi nicio nebuloasă mai complicată decât individul, orice încercare de standardizare, aşa cum arătam, lovindu-se de un previzibil eşec. Ne aflăm în prezenta unor nisipuri mişcătoare pe care este schiţată fragila graniţă dintre două sisteme, unul căutând să-şi crească, celălalt să-şi scadă în permanentă nivelul organizaţional sau poate entropia informaţională.

Aserţiunea lui Karl Marx potrivit căreia boala este *„viaţa îngrădită în libertatea ei”*, înţelegând prin aceasta nu numai aspectele strict biologice, ci şi pe cele sociale şi existenţiale, îşi găseşte o ilustraţie particulară în psihiatrie magistral formulată de Henri Ey care arată că bolnavul mintal este privat atât de libertatea exterioară cât şi de cea internă.

Orice boală nu este decât o greşeală în organizarea terenului pe care se înscrie textul vieţii, în plus boala mintală dezorganizează individul în propria sa normativitate constrângându-l la pierderea din această cauză a direcţiei existenţiale.

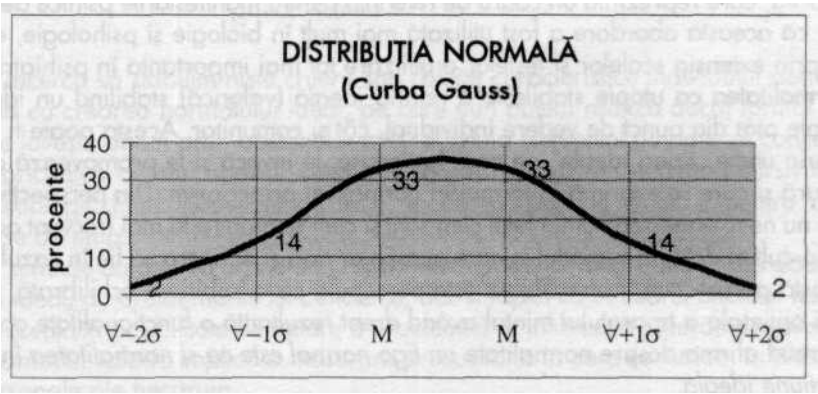
Normalitate, sănătate, anormalitate şi boală psihică

Faptul psihopatologic este, desigur, mai greu sesizabil decât o plagă sau o anomalie biochimică, dar percepţia lui de către specialist se va face după aceleaşi

reguli ale cunoaşterii diferenţiale, impunându-se de asemenea, ca o tulburare a organizării, ca o descompunere.

Boala psihică se obiectivează prin fizionomii tipice ale anumitor tipuri de existenţe, conduite, idei, credinţe, ce contrastează cu uniformitatea şi conformismul celor ale comunităţii, apărând şi celorlalţi, nu numai psihiatrului, ca deosebite. Din acest fond comun de fapte, psihiatrului îi revine dificila sarcină de a alege pe cele aparţinând sferei psihiatriei. Făcându-şi descifrabile semnele dezorganizării vieţii psihice, psihiatrul trebuie să caute în paralel să descopere gradul lor de semnificaţie, profunzimea acestei dezorganizări. Mai mult, boala poate apare ca o paradoxală organizare, în sensul dezorganizării, o reorganizare la un nivel inferior a psihismului. Ansamblul acestor dezorganizări care proiectează fiinţa dincolo de limitele normalităţii sunt realităţi obiective, ca oricare alte „semne patologice”. O fiinţă desprinsă de real, invadată de imagini neliniştitoare sau înspăimântătoare, lipsită de puterea de a discerne sau prăbuşită în abisul depresiei, lipsită de libertatea fundamentală şi elementară a realităţii, reprezintă punctul în care conceptul devine realitate clinică.

Normalitatea ca valoare medie este în mod obişnuit folosită în studiile normative de tratament şi se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice şi sociale conform repartiţiei gaussiene a curbei în formă de clopot. Această abordare concepe porţiunea mediană drept corespunzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviante.



Conform acestei abordări un fenomen cu cât este mai frecvent cu atât poate fi considerat mai „normal”, iar cu cât este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atât apare *ca* fiind mai anormal. Deşi acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv”, nu este suficient de operant pentru medicină. Abordarea normativă bazată pe principiul statistic descrie fiecare individ în termenii evaluării generale şi al unui scor total. În anumite contexte, fenomenele morbide pot fi frecvent înregistrate, chiar „endemice” (de exemplu caria dentară, unele infecţii etc.), fără ca prin aceasta ele să poată fi considerate normale după cum, urmând aceeaşi regulă a frecventelor, unele fenomene absolut normale pot căpăta aspectul anormalităţii (de exemplu: persoanele care au grupa sangvină AB (IV), Rh negativ).

Acceptarea normalităţii ca fenomen natural (şi nu este greu de admis acest lucru, atâta timp cât afirmăm „cu tărie” că boala este un astfel de „fenomen”) are implicaţii metodologice şi funcţionale majore.

Rezultă deci că acceptarea normalului mediu, noţiune cu care operează întreaga medicină, este logică şi constructivă, înlăturând în mare parte arbitrarul şi „judecăţile de valoare”. Introducerea modelului normalităţii medii duce la posibilitatea comparaţiilor şi implicit la stabilirea abaterilor datorate bolii. Nu se poate elabora un model aparent al bolii atât timp cât nu

există un model al normalului.

Normalul, ca normă statistică, nu pare totuşi semnificativ decât parţial în cadrul psihopatologiei, abaterile de tip cantitativ fiind pe al doilea plan faţă de cele calitative.

Dificultatea sporeşte atunci când anormalitatea, patologicul este reprezentat de un amalgam complicat de abateri cantitative care, sumate, alcătuiesc un tablou clinic distinct.

Relaţia se complică în plus atunci când intră în joc planuri diverse, legate prin fire nevăzute, acolo unde sănătatea (normalitatea) psihică se integrează cu cea fizică. O tulburare afectivă poate genera o afecţiune până nu demult considerată pur somatică, aşa cum ar fi ulcerul, infarctul miocardic, în absenta unor factori biologici favorizanţi preexistenţi, deci pe terenul normalităţii fizice.

Variabilitatea este descrisă doar în contextul grupului şi nu în contextul unui individ, în psihiatrie este totuşi necesar să se evidenţieze modalităţile unor atitudini, expresive, reactive, comportamentale şi convingerile cele mai frecvente într-o socio-cultură istorică dată, care reprezintă un cadru de referinţă pentru manifestările psihice deviante. Cu toate că această abordare a fost utilizată mai mult în biologie şi psihologie, ea şi-a căpătat prin extensia scalelor şi testelor o utilizare tot mai importantă în psihiatrie.

Normalitatea ca utopie stabileşte o normă ideală (valorică) stabilind un ideal de normalitate atât din punct de vedere individual, cât şi comunitar. Acesta poate fi exemplificat prin unele „tipuri ideale” pe care le descrie, le invocă şi le promovează o anumită cultură şi care se exprimă în formulări normative, prescriptive. Din perspectivă psihologică nu ne interesează numai felul cum sunt şi cum se manifestă mai frecvent oamenii unei socio-culturi date, ci şi modul în care aceştia ar dori şi ar spera să fie în cazul ideal. Din această perspectivă,

normalitatea este percepută ca o îmbinare echilibrată, armonioasă şi optimală a aparatului mintal având drept rezultantă o funcţionalitate optimă.

S. Freud afirma despre normalitate *un Ego normal este ca şi normalitatea în general, o ficţiune ideală*.

CONCEPŢII PSIHANALITICE DESPRE NORMALITATE

S. FREUD Normalitatea este o ficţiune ideală; fiecare ego este psihotic într-un anumit moment într-o măsură mai mare sau mai mică;

K. EISSLER Normalitatea absolută nu poate fi obţinută, deoarece persoana normală trebuie să fie pe deplin conştientă de gândurile şi sentimentele sale;

M. KLEIN Normalitatea este caracterizată prin tărie de caracter, capacitatea de a face faţă emoţiilor conflictuale, capacitatea de a trăi plăcerea fără a provoca conflicte şi capacitatea de a iubi;

20 O abordare modernă a psihologiei medicale kraepeliniană, care includea în rândul anormalilor pe scriitorii de anonime alături de ucigaşii de copii, dintre care astăzi doar ultimii mai păstrează eticheta de anormali.

Totuşi, o astfel de perspectivă este absolut necesară atunci când psihiatrii, psihanaliştii sau alţi psihoterapeuţi, încearcă să discute criteriile de evaluare ale succesului unui tratament.

Cea de-a patra perspectivă ia în discuţie normalitatea ca proces punând accentul pe faptul că un comportament normal este o rezultantă finală a subsistemelor care inter-acţionează între ele. Ea operează cu aşa numita normă responsivă sau funcţională (K. Kolle) care reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect îşi împlineşte rolul funcţional pentru care există în economia sistemului supraiacent din care face parte. Luând în considerare această definiţie, schimbările temporale devin esenţiale pentru completa definiţie a normalităţii. Cu alte cuvinte,

normalitatea – ca proces – consideră esenţiale schimbările şi procesele mai mult decât o definire transversală a normalităţii.

Din păcate, deşi această normă pare să fie cea care ne interesează, ea este fixistă şi deterministă. Nu se poate răspunde la întrebarea – care este rolul funcţional pentru care o persoană există? Ba mai mult, în sistemele supraiacente din care individul face parte, în câte trebuie să fie eficient, pentru a fi considerat normal?

Cercetătorii care subscriu acestei abordări pot fi recunoscuţi printre reprezentanţii tuturor ştiinţelor comportamentale şi sociale. Cel mai tipic dintre conceptele acestei perspective este conceptualizarea epigenezei în dezvoltarea personalităţii şi cele opt stadii de dezvoltare esenţiale în atingerea funcţionalităţii adulte mature.

DESPRE CONCEPTUL DE SĂNĂTATE

După W. Boehm, normalitatea (sănătatea mintală) este condiţia de funcţionalitate socială, impusă şi acceptată de societate în scopul realizării personale.

De aceea normalitatea ne pare mai bine definită în dinamică, în sensul adaptării armonice în fiecare moment al existenţei, în funcţie de mediul său, istoria sa şi a colectivităţii sale, ca o rezultantă a calităţii raportului personalitate/mediu şi nu ca o absenţă a bolii sau a posibilităţii de „plutire” într-un câmp de forţe contradictorii.

Putem deci considera normalitatea drept posibilitatea unei istorii echilibrate a subiectului, iar dimensiunile ei, drept totalitatea proceselor de adaptare la mediu conform modelului general al speciei (posibilităţilor de răspuns al marii majorităţi a colectivităţii).

Normalitatea trebuie să ne apară ca o sumă de ritmuri: biochimice, fiziologice afective, relaţionale, motivaţionale, adaptate armonic solicitărilor din mediu şi concordante cu răspunsurile majorităţii membrilor

comunităţii (conform modelului speciei).

Pentru a simplifica demersul spre conceptul de normalitate şi pentru a evita construirea unui model imperfect al acestuia, ni se pare operant a postula existenţa lui ca un dat al realităţii umane sau, mai corect spus, ca o dominantă a acesteia.

Sănătatea umană poate fi considerată o stare înscrisă în perimetrul care defineşte normalitatea existenţei individului semnificând menţinerea *echilibrului structural* al persoanei (în plan corporal-biologic şi psihic conştient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformităţii

stărilor sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vârstei, ale sexului), cât şi în perspectiva externă, a echilibrului adaptativ dintre individ şi mediul său ambiant concret.

G. Cornuţiu (1998) afirmă că un om sănătos psihic este acela care trăieşte şi afirmă o stare de confort psihic într-o coerenţă şi globalitate care nu este sesizată niciun moment în mod fragmentar şi într-o continuitate care presupune o dominantă a sentimentelor pozitive constructive şi optimiste fată de cele negative. Omul sănătos psihic este activ şi are plăcerea acestei activităţi, o caută, este voluntar, vrea să se afirme, să se împlinească. El are un set de valori ierarhizate şi voluntare pe care le promovează.

După M. Lăzărescu (1995) sănătatea presupune o *perspectivă dinamică* prin care se precizează modalităţile normal-sănătoase de structurare şi funcţionare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare, complexificare, precum şi capacitatea de a depăşi sintetic diversele situaţii reactive şi stresante. E. Fromm leagă conceptul realizării individului în concordanţă cu

restul indivizilor din comunitatea respectivă, care este în continuă schimbare, în permanent progres, într-o permanentă căutare. Credem că putem adăuga că problema normalităţii trebuie corelată cu însăşi dezvoltarea comunităţii respective, ţinând seama de particularităţile fiecărei etape pe care o parcurge.

O altă corelaţie trebuie făcută cu etapele de vârstă ale subiectului: copilărie, adolescentă, adult, vârstnic, deoarece în fiecare etapă a dezvoltării sale, subiectul poate avea o poziţie diferită fată de unul şi acelaşi eveniment.

Krafft consideră că un individ reacţionează în mod normal, dacă în cursul dezvoltării sale se arată a fi capabil de o adaptare flexibilă faţă de situaţiile conflictuale, când este capabil să suporte frustrările şi anxietatea care rezultă din ele.

Pamfil vede normalitatea ca un echilibru între organism şi factorii de mediu.

Klinederg o admite ca pe o stare care permite dezvoltarea optimă fizică, intelectuală şi emoţională a individului care să-l facă asemănător cu ceilalţi indivizi.

În ultima perioadă, accentul se pune pe adaptarea social-comunitară, specificitatea normalului căpătând nuanţe diferite în funcţie de nivelul economico-social şi cultural al unei comunităţi. Mead, Linton şi Hallowell au arătat dependenţa conceptului de caracteristicile transculturale.

D. Lagache, sintetizând datele expuse de Hartman şi Murray, descrie următoarele caracteristici principale ale sănătăţii mintale: capacitatea de a produce şi de a tolera tensiuni suficient de mari, de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ; capacitatea de a organiza un plan de viaţă care să permită satisfacerea periodică şi armonioasă a majorităţii nevoilor şi progresul către scopurile cele mai îndepărtate; capacitatea de adaptare a propriilor aspiraţii la grup; capacitatea de a-şi adapta conduita la diferite moduri de relaţii cu ceilalţi indivizi;

capacitatea de identificare atât cu forţele conservatoare, cât şi cu cele creatoare ale societăţii.

DESPRE CONCEPTUL DE ANORMALITATE

Anormalitatea este o îndepărtare de normă al cărei sens pozitiv sau negativ rămâne indiferent în ceea ce priveşte definirea în sine a zonei de definiţie. Sensul este

22 O abordare modernă a psihologiei medicale important în perspectivă calitativă. Astfel, antropologic, în zona pozitivă se află persoanele excepţionale, geniile, care joacă un rol creator în istoria omenirii, în instituirea progresului. Invers, patologia, boala, se referă la îndepărtarea de normă în sens negativ, spre minus, spre deficit funcţional şi de performanţă, spre dizarmonie, dezorganizare, destructurare.

În opinia lui M. Lăzărescu domeniul bolii *„se îndepărtează de norma ideală a comunităţii în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane ce eşuează în zona dizarmoniei nefuncţionale, necreatoare”*. Trecerea spre patologie a subiectului este însoţită de disfuncţionalitatea acestuia în sistemul în care este integrat.

Majoritatea definiţiilor şi circumscrierilor normalităţii şi anormalităţii sunt vagi, insuficiente pentru a sta la baza unor definiţii operaţionale riguroase.

Reacţia biologică sub formă de stres este normală între anumite limite, la fel ca reacţia psihică la spaime sau pierderi. Modificările biopsihice din etapele critice ale dezvoltării cum ar fi cele din pubertate sau climax pot fi patologice dacă se întâlnesc la alte vârste ş.a. În definirea stării de sănătate sau de boală joacă un rol parţial, dar foarte important, perspectiva subiectivă, felul în care subiectul se resimte şi se autoevaluează. Totuşi, nici acest criteriu nu este suficient: de obicei, omul bolnav „nu se simte bine”, are dureri, se autoapreciază deformat, suferă, dar uneori, în psihiatrie starea de „bine subiectiv” poate fi concomitentă cu o stare de boală aşa cum se întâmplă în sindromul

maniacal. În patologia umană joacă un rol important *dimensiunea interpersonală*, a capacităţii de iubire şi prietenie echilibrată, precum şi *perspectiva socială*, nivelul şi modul de „funcţionare socială” a persoanei şi opinia colectivităţii privitoare la normalitatea şi sănătatea psihică a unui individ, la faptul dacă i se pot încredinţa responsabilităţi comunitare. Cu toate acestea şi ultimele criterii sunt relative şi insuficiente. Ele depind de incidenţa obiceiurilor, mentalităţilor, normelor şi ideologiilor, a imaginii pe care sănătatea şi boala o au într-o anumită civilizaţie.

Legătura anormalităţii comportamentale cu boala psihică şi, implicit, cu psihiatria, a însoţit evoluţia socio-culturală a umanităţii încă de la cele mai vechi atestări documentare cunoscute. Anormalitatea (abatere de la un model comportamental mediu, fie că acesta este statistic, ideal sau procesual, acceptat de membrii unei societăţi determinate în timp şi spaţiu) nu se identifică cu patologicul, deşi se poate suprapune cu acesta; este în esenţă o noţiune mult mai largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale cu aspect contrar aşteptărilor şi normelor în vigoare. J. Delay şi P. Pichot consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativă şi funcţională de la valoarea şi semnificaţia generală a modelului uman. Se poate observa cum domeniul anormalităţii se constituie ca o zonă de trecere între normal şi patologic, reprezentând un proces de continuitate între cei doi termeni. O analiză istorică poate justifica teza menţionată mai sus, arătând că sub raportul integrării socio-profesionale, gradul de permisivitate al societăţii faţă de abaterile individuale descreşte odată cu trecerea timpului, fără ca acesta să aibă o semnificaţie asupra frecvenţei bolilor mintale. Dacă pentru un grup restrâns de ocupaţii (agricultori, ostaşi, meşteşugari), „selecţia profesională” începea „ex ovo” (breslele), iar numărul operaţiilor şi cunoştinţelor era limitat, putând compensa enorme deficienţe

caracteriale, intelectuale sau fizice (acestea din urmă într-o măsură mult mai mică), în condiţiile revoluţiei tehnico-ştiinţifice solicitările socio-profesionale şi ritmul de producţie discriminează drept anormali o serie largă de indivizi.

Inapţi pentru integrarea în diverse grupuri profesionale specifice, care nu sunt decât în mod potenţial şi probabilistic candidaţi la boala psihică. Astfel, dacă lui Hercule (model acceptat ca normal, ba chiar divinizat pentru faptele sale de vitejie) majoritatea psihiatrilor îi recunosc grave tulburări de tip epileptic, chiar din descrierile contemporanilor (crize grand mal, furror epilepticus), astăzi simpla evocare anamnestică a crizei l-ar face inapt pentru serviciul militar pe orice subiect. Dacă regele Saul îşi putea conduce poporul în pofida frecventelor episoade depresive sau maniacale, care fac obiectul unor descrieri celebre, el suferind de psihoză afectivă bipolară, astăzi normele care protejează societatea şi implicit subiectul suferind, îi refuză acordarea dreptului de a conduce autovehicule etc.

Aparenta creştere a exigenţei normative faţă de individ este generată, într-o mare măsură de posibilităţile societăţii contemporane care, prin multiplele ei canale de circulaţie a informaţiei, poate oferi fiinţei umane o poziţie mai clar definibilă şi determinabilă în cadrul universului uman. Se poate spune că în epoci mai vechi societatea umană a considerat ca normale tulburări comportamentale evidente, sesizabile de oricare dintre membrii comunităţii. Descrierile acestor comportamente nu au făcut obiectul unor studii ştiinţifice, deşi au fost adesea înregistrate de fina caligrafie a istoricilor şi scriitorilor. Apariţia tardivă a psihologiei şi psihiatriei a făcut posibilă proliferarea acestui tip de descrieri empirice şi nesistematice, care au generat o serie de concepţii

greşite şi de credinţe cu largă circulaţie în rândul celor mai diverse categorii sociale.

Credinţa că un comportament anormal trebuie să fie cu necesitate şi bizar este una dintre cele mai răspândite, generând prin analogia anormal-boală psihică, imaginea unui bolnav psihic care prezintă manifestări extrem de neobişnuite şi net diferite de elementele comportamentului obişnuit.

O altă prejudecată foarte apropiată de cea descrisă mai sus este aceea că între normal şi anormal s-ar putea face o netă delimitare, ba mai mult, că această delimitare ar fi la îndemâna oricui, după criterii individuale. Prezentarea anormalului şi a comportamentului său ca eludând regulile obişnuite ale moralei, frecventă în literatură, a generat prejudecata că anormalitatea este o ruşine şi o pedeapsă, iar acest lucru a creat şi opinia că boala psihică, prin analogie, are aceeaşi semnificaţie.

Caracterul ereditar al anormalităţii, ca şi teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sunt alte prejudecăţi având aceeaşi origine. Un efect nedorit I-a avut şi opinia ca o abatere extremă de la normal, indiferent de natura ei, este patologică. Urmărind acest raţionament, Lombroso a lansat a doua sa teză de tristă celebritate (prima fiind cea a criminalului înnăscut) – aceea a geniului ca nebunie. De fapt, între cei doi termeni nu poate exista decât aceeaşi relaţie *posibilă* între orice nivel de inteligentă şi boala psihică.

DESPRE COMPORTAMENTELE ANORMALE

Coleman şi Broen stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale ca: boală psihică, comportament neadecvat, tulburări emoţionale, tulburări comportamentale, tulburări psihicearătând că niciunul dintre aceştia nu este suficient de clar pentru delimitarea sferei unui asemenea comportament care variază în funcţie

O abordare modernă a psihologiei medicale de o serie de criterii şi modele. În acest sens prezentam, în viziunea concepţiilor care pun la baza explicării modelului comportamental uman, explicaţii diferite privind semnificaţia comportamentului anormal.

Modelul	*Sănătatea mintală*	*Comportament anormal*
— Psihiatric	*— Abilitatea de satisfacere a necesităţilor instinctuale în limitele impuse de societate*	*— Dezvoltarea greşită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoţite de anxietate*
— Comportamentalist	*— Adaptare deschisă la stimulii din mediu*	*— Adaptare ineficientă prin învăţarea* unor *comportamente inadecvate* şi *incapacitate de corectare*
— Umanistic	*— Împlinirea tendinţelor naturale faţă de orientarea şi împlinirea de sine*	*— Incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalităţii prin blocarea sau distorsionarea acestor tendinţe către automulţumire*
— Existenţial	*— Libertatea de a decide conştient*	*— Incapacitatea realizării identităţii adecvate de sine şi a înţelegerii sensului vieţii*
— Interpersonal	*— Realizarea de relaţii interpersonale*	*— Rezistenţa faţă de relaţii interpersonale şi*

acomodare de tip patologic

După C. Enăchescu, se deosebesc patru tipuri de comportamente anormale: – comportamentul de tip criză biopsihologică de dezvoltare sau involuţie (pubertate, adolescentă, climax, andropauză), cu caracter pasager şi reversibil; – comportamentul de tip carenţial (legat de stări de frustrare afectivă, carenţe educaţionale, disfuncţii familiale şi în modul de viaţă), ce creează dificultăţi de adaptare;

— Comportamentul de tip sociopatic, constând din conduite delictuale agresive, toxicomanice sau de furie, cu caracter recurent sau episodic; – comportamentul de tip patologic, parţial sau deloc reversibil, de natură exogenă, endogenă sau mixtă, cu intensităţi şi forme variabile (stări reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Un model pluriaxial de definire a normalităţii ar trebui să cuprindă (după Purushtov):

— Criteriul existenţei la individ a unor stări de insecuritate, teamă, apatie, anxietate;

— Criteriul explicării printr-o patologie fizică a comportamentului dezadaptativ; – criteriul contextului social (normele şi valorile socio-culturale existente la un moment dat) în care se produce comportamentul; – criteriul diminuării randamentului şi eficienţei individului.

K. Schneider afirmă că orice persoană definită printr-o trăsătură aparte de caracter trebuie considerată anormală (celebra sa definiţie „persoanele psihopatice sunt persoane anormale, anormalitate din cauza căreia suferă şi ei şi societatea”); el accentua asupra comportamentului, sperând să desprindă dintr-un grup imens, un subgrup care să poată fi analizat. Acest demers s-a lovit de „un penibil eşec” (Kolle), criteriul de

anormalitate presupus de el fiind însăşi diveristatea personalităţii umane.

Cu atât mai mult, aceste aserţiuni sunt valabile în ceea ce priveşte sănătatea şi boala mintală. În domeniul evaluării sănătăţii psihice a adultului au mai fost folosite o serie de criterii care să permită delimitarea de boală:

— Capacitatea de autonomie, de independenţă psihoconştientă a subiectului; – o corectă şi adecvată autorecepţie şi autoapreciere;

— Percepţia, reprezentarea şi înţelegerea corectă, adecvată comunitar, a realităţii;

— Capacitatea de creştere şi dezvoltare armonioasă a individului, în sensul unei realizări de sine în raport cu un model ideal personal articulat armonic şi că cient cu perspectiva socio-culturală; – capacitatea de creaţie.

DESPRE CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ

Pentru înţelegerea dinamicii raportului sănătate-boală, trebuie să apelăm la noţiunea de proces patologic. În acest sens, boala reprezintă o formă de existenţă a materiei vii caracterizată prin apariţia procesului ce implică tulburarea unităţii forţelor din organism (integritatea) şi a organismului cu mediul (integrarea). Boala umană se caracterizează, în general, prin perturbarea la diverse nivele şi din variate incidente a structurilor funcţionale ale individului în perspectivă corporal-biologică sau psihic-conştientă. Perturbarea indusă de boală determină un minus şi o dizarmonie a ansamblului unitar al persoanei, dificultăţi obiective şi subiective în prezenţa, adaptarea şi eficienţa în cadrul vieţii sociale, dezadaptarea, involuţia, moartea nefirească (prin accident) ori evoluţia spre constituirea defectualităţii sau deteriorării grave.

Boala psihică trebuie considerată ca interesând întreaga fiinţă umană în complexitatea ei biologică, psihologică, axiologică şi socială. Apare deci evident, că analiza normalităţii psihice, a psihismului văzut ca un „multiplex”, să implice nu numai corelaţii biologice, ci şi

sociale, culturale, epistemologice şi dinamice.

După M. Lăzărescu, *boala psihică constă într-o denivelare (simplificare), dezorganizare (destructurare), dezechilibrare (dizarmonie) a vieţii psihice conştiente a persoanei*. Psihismul subiectului se reorganizează la un nivel inferior, prezentând manifestări care nu sunt evidente în starea normală. Această disfuncţionalitate se datorează fie absenţei instanţelor psihice superioare, fie efortului constituit de încercarea de reechilibrare, de reorganizare în situaţia deficitară dată.

Ecosistemul uman în care se manifestă sănătatea şi boala nu este izolat şi nici static. Conţinutul conceptului de sănătate mintală este determinat de calitatea raportului personalitate-mediu. În condiţiile vieţii contemporane, relaţiile omului cu factorii de mediu s-au complicat. Ele nu se realizează exclusiv prin mecanisme biologice, ci sunt

26 O abordare modernă a psihologiei medicale dependente şi de factorii socio-culturali, care se adaugă şi mijlocesc relaţiile dintre om şi natură. Deci socialul nu poate fi separat, dar nici identificat cu naturalul. Nu putem să nu reţinem că este caracteristic contemporaneităţii, faptul că dezvoltarea tuturor laturilor vieţii sociale a devenit tot mai dependentă de natură, de rezervele ei, de echilibrul ecologic. Relaţiile ecologice om-natură-societate, trebuie privite prin interacţiunea lor, cu evidenţierea contradicţiilor ce pot apărea în cadrul interacţiunii dintre mediul social şi individual. În opinia lui N. Mărgineanu (1973) sănătatea exprimă echilibrul dinamic dintre fiinţă şi lume, iar boala rezultă din dezechilibrul fiinţei cu lumea, din lupta lor asimetrică şi dizarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluţie al fiinţei, ci şi pe cel al lumii şi al societăţii. Dacă în conflictul dintre fiinţă şi mediu individul reuşeşte să învingă starea de tensiune care izvorăşte din golul de adaptare pe care acesta îl reprezintă, atunci îşi va păstra sănătatea. În caz contrar,

el va ajunge la boală.

Capacitatea subiectului de a se autoadministra raţional, diminuă şi perturbă libertatea lui interioară. Comunicarea interpersonală, intersubiectivitatea, capacitatea de integrare a persoanei în plan socio-cultural sunt de asemenea grav afectate, iar în formele severe ale bolii psihice individul apare ca o fiinţă „alienată”, înstrăinată de viaţa comunitară socio-spirituală, desprinsă de însăşi existenţa umană. *Boala psihică anulează capacitatea de autodepăşire şi de creaţie a subiectului şi poate conduce la diverse forme şi intensităţi de defect psihic* (M. Lăzărescu, 1995).

Boala se referă, în genere, la o stare anormală cu o cauzalitate determinată, cu un debut precizabil (apare la un moment dat mai mult sau mai puţin favorabil apariţiei sale), are un anumit tablou clinic, un anumit substrat, o anumită tendinţă evolutivă şi un răspuns terapeutic specific. Un om devine bolnav psihic din momentul în care nu-şi mai este suficient sieşi făcând eforturi pentru a se accepta ori neacceptându-se, neacceptându-i nici pe alţii, acordând o atenţie şi o preocupare crescută pentru propriul corp, propria persoană, interogând fără a-şi găsi răspunsul şi liniştea în propriile valori, ori lipsindu-se de valori (G. Cornuţiu, 1998).

Boala psihică este şi va rămâne o dimensiune (poate cea mai tragică) a fiinţei umane şi prin aceasta ea va cuprinde întotdeauna tot ceea ce alcătuieşte umanul din noi. Dar ea va fi şi absenţa libertăţii interioare a subiectului, incapacitatea de a se adapta armonios în mijlocul colectivităţii şi imposibilitatea de a crea pentru semeni, prin şi cu ei. În acest sens, boala va dezorganiza esenţa umană în tot ce are ea definitoriu.

CAPITOLUL 3
ADAPTARE, STRES ŞI MECANISME DE APĂRARE

„După piedici şi înfrângeri, oamenii se dezvoltă cu mai multă modestie şi înţelepciune?

Benjamin Franklin

Conceptul de adaptare
Starea de sănătate
Conceptul de stres
Trăsături de personalitate în determinarea bolilor
Mecanisme de apărare
Resurse sociale

DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE

Extraordinarul progres făcut în ştiinţele care au ca obiect starea de sănătate sunt urmarea unei revoluţii în teorie şi practică, constituind premize ale unei schimbări radicale ale noţiunilor tradiţionale despre natura umană a stării de sănătate şi boală.

În centrul acestei revoluţii se află comportamentul uman, determinările sale din cadrul social şi existenţa unor criterii diferite pentru înţelegerea etiologiei, tratamentului şi prevenirii multor tulburări medicale atribuite numai substraturilor biologice. Această revoluţie încurajează dezvoltarea şi creşterea multor noi specialităţi subdisciplinare incluzând psihologia stării de sănătate, psihologia medicală, comportamentul medical.

Dintre categoriile de comportamente umane care sunt cercetate cu atenţie specială de cercetătorii şi practicienii care privesc starea de sănătate sub acest unghi, considerat de mulţi revoluţionar, adaptarea a apărut ca una dintre cele mai importante teme de investigaţie.

Prezentă la orice formă de psihism, adaptarea este implicată în toate tipurile de reacţii întâlnite la om, după cum poate fi identificată chiar şi în secvenţele constitutive ale unor subsisteme psihice ale personalităţii. În acest sens, este cazul să consemnăm opinia marelui psiholog J. Piaget, pentru care legile fundamentale după care funcţionează psihicul uman sunt asimilarea şi acomodarea, ambele cu evidente implicaţii adaptative. Pentru Piaget adaptarea este „un echilibru între asimilare şi acomodare, cu alte cuvinte un echilibru al schimburilor dintre subiect şi obiecte”.

Adaptarea este un pattern comportamental pozitiv, care poate fi folosit la reducerea stresorilor şi stresului asociat unei boli. Într-o scurtă perioadă de timp conceptul va fi folosit ca un important determinant al sănătăţii şi bolii comunităţilor umane şi profesionale şi, de asemenea, se va vorbi despre managementul stresului şi reducerea stresului prin adaptare eficientă.

După introducerea sa (Lazarus, 1966), termenul de adaptare a fost folosit prioritar de cercetători iar răspândirea lui nu a fost spectaculoasă.

De fapt, în cinci ani, între 1968 şi 1973, mai puţin de douăzeci şi cinci de apariţii au putut fi listate într-o mare revistă de psihologie. Abia anul 1973 este cel al consacrării conceptului de adaptare ca teorie importantă a ştiinţei şi cercetării medicale (Schener, 1987).

Este de consemnat de asemenea că lucrarea: „Manualul de statistică şi diagnostic a tulburărilor mintale" (DSM-III) a Asociaţiei Americane de Psihiatrie, publicată în 1980, a inclus funcţiile adaptative, sau adaptarea, ca Axa 5 a clasificării sale multiaxiale. Dar iniţial, această axă nu a primit prea mare atenţie în literatura de cercetare psihiatrică.

Ultimele două decenii au însemnat o creştere logaritmică a publicaţiilor despre adaptare ceea ce demonstrează interesul pentru această temă. Popularitatea acestui concept sugerează că a devenit una dintre cele mai puternice constructe din psihologia contemporană. Aceste apariţii s-au semnalat nu numai în Statele Unite şi Canada, dar şi în Europa şi Australia (Kebler, Brom, Defares, 1992).

Schener (1987), trece în revistă mai mult de 100 de articole privind adaptarea ca rezolvare a problemelor specifice discutate în literatura de specialitate (adaptarea la cancer, viol, alcool, stres, divorţ, boli incurabile etc.).

Importanţa adaptării eficiente şi ingenioase la stres

prin mecanisme de adaptare mature, ca o cheie a supravieţuirii este recunoscută de G. Villant (1987) care scrie „*Hans Selye a greşit*! *Nu stresul este cel care ne ucide, dar adaptarea eficientă la stres ne permite să trăim*”.

Conceptul de adaptare a făcut posibil pentru cercetători şi practicieni să vorbească mai mult de capacităţi decât de incapacităţi, de realizare decât de eşec, despre sănătate decât despre starea de boală.

În multe cercetări adaptarea a devenit baza unor noi orientări ca înţelegere şi preocupare pentru sănătate, tratament şi prevenirea bolilor.

Termenul din limba engleză – coping (adaptare) „*a face faţă unei situaţii*” îşi află originea în vechiul grecesc „kolaphos”, care înseamnă „a lovi”. La început, acesta însemna „a se întâlni”, „a se ciocni de”, „a se lovi de”. Azi, înţelesurile iniţiale au evoluat într-o definiţie care implică sensul primar, dar la care se adaugă noi conotaţii. (Ex.: „Dicţionarul Webster” – 1979 defineşte copingul ca „*a lupta cu succes, a face tot posibilul*” sau în termeni echivalenţi „*a fi mai mult decât*”.)

Credem că este utilă trecerea în revistă exhaustivă a sensurilor care s-au atribuit adaptării (coping în) de către principalii autori anglo-saxoni care au acreditat şi dezvoltat conceptul:

a. „Adaptarea include întâlnirea a ceva nou, a ceva care n-a mai fost întâlnit:

Întâlnirea unei situaţii inedite, unui obstacol sau unui conflict. Adaptarea include elementul mijloc-scop în procesul activităţii”. (Murphy, 1962).

b. „Adaptarea reprezintă toate activităţile cognitive şi motorii pe care o persoană suferindă le foloseşte pentru a-şi menţine funcţionalitatea fizică.

Adaptare, stres şi mecanisme de apărare 29

Integritatea psihică, pentru a-şi redobândi echilibrul funcţional şi a compensa la limita posibilului pierderile ireversibile” (Lipowski, 1970).

c. „Adaptarea este o unitate de acoperire şi un pattern clar de comportament prin care organismul poate preveni activ, uşura sau răspunde la circumstanţele care induc stresul” (McGath, 1970).

d. „Comportamentul adaptativ este o cale conştientă şi inconştientă folosită de oameni pentru a se acomoda la cerinţele mediului înconjurător, fără să le schimbe scopurile şi obiectivele” (Coly, 1973).

e. „Adaptarea se referă la orice răspuns sau la orice provocare externă care serveşte la prevenirea, evitarea sau controlul perturbărilor emoţionale”.

(Pearlin şi Schooler, 1978).

f. „Răspunsurile de adaptare reprezintă unele lucruri pe care oamenii le fac, şi anume, eforturile lor concrete de a rezolva provocările externe, asumându-şi diverse roluri” (Pearlin şi Schooler, 1978).

g. „Adaptarea este efortul împreună cu acţiunea orientată şi acţiunea psihică de a conduce (tolera, reduce, minimaliza) cerinţele interne şi externe şi conflictele care apar odată cu aceste cerinţe şi care scad sau epuizează resursele persoanei (Lazarus şi Launier, 1978).

h. „Adaptarea este definită ca un efort cognitiv şi comportamental, făcut pentru a stăpâni, tolera sau reduce cerinţele interne şi externe, şi conflictele care apar odată cu aceste cerinţe (Folkman şi Lazarus, 1980).

i. „Adaptarea se referă la comportamentul care protejează oamenii de neplăcerile experienţelor dificile prin care sunt nevoiţi să treacă” (Rodin, 1980).

j. „Adaptarea este încercarea de a învinge dificultăţile. Este o ciocnire la care oamenii odată ajunşi folosesc resursele interne şi externe pentru a reuşi să echilibreze impactul produs de dificultăţi” (Haan, 1982).

k. „Adaptarea este o permanentă schimbare a eforturilor cognitive şi comportamentale care organizează specific cerinţele interne pentru a administra cererile externe şi/sau interne pentru a preveni scăderea sau epuizarea

resurselor persoanei” (Folkman şi Lazarus, 1984).

I. „Adaptarea reprezintă acele comportamente şi gânduri care sunt conştient utilizate de către individ pentru a conduce sau controla efectele anticipării sau trăirii unor situaţii stresante (Stone şi Neale, 1984). m. „Adaptarea reprezintă orice efort sănătos sau nesănătos, conştient sau inconştient de a preveni, elimina sau scădea stresorii sau de suporta efectele lor cu cât mai puţine daune” (Matheny, Aycock, Curlette şi Cannella, 1986). Aceste definiţii subliniază câteva elemente cheie:

folosirea resurselor;

gândire şi/sau comportament activ;

reducerea nevoilor interne şi/sau externe prin găsirea de soluţii şi rezolvarea eficientă a problemelor;

variaţiile în ceea ce priveşte scopul sau ţinta adaptării.

Concordanţa acestor definiţii oferă o nouă şi extinsă definiţie a adaptării care include elementele esenţiale ale definiţiilor anterioare: „Adaptarea este promovarea creşterii şi dezvoltării umane prin utilizarea activă a resurselor biopsihosociale care participă la controlul, stăpânirea şi prevenirea stresului generat de condiţii externe/interne”.

O abordare modernă a psihologiei medicale

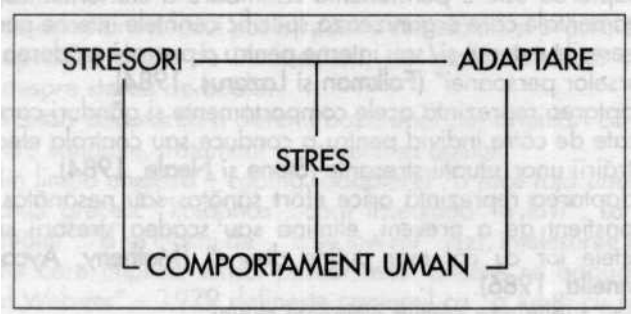
Această definiţie ne face să înţelegem natura activă a folosirii de către organism a resurselor de care dispune. Ea subliniază rolul important al funcţiilor de adaptare în autoprotecţia organismului şi scoate în evidenţă că abilităţile şi capacităţile deosebite ale indivizilor joacă un rol important în rezolvarea cu succes a problemelor, conflictelor şi celorlalte nevoi cu care se confruntă organismul. În sfârşit, adaptarea este baza pentru supravieţuirea şi evoluţia individului şi a grupului.

Deşi caracterizează întreaga materie vie şi defineşte una din trăsăturile fundamentale ale acesteia, aceea de a se adapta morfologic şi funcţional la caracteristicile

mediului făloşi ontogenetic, adaptarea este una dintre laturile cele mai specifice ale personalităţii umane. Ea însumează ansamblul reacţiilor prin care un individ îşi ajustează structura sau comportamentul pentru a putea *„răspunde armonios condiţiilor unui mediu determinat sau a unor experienţe noi”* (Sutter). Procesul de adaptare, este în cazul fiinţei umane, biunivoc, având şi o funcţie de transformare şi adecvare a mediului aflat în dinamică, în raport cu necesităţile şi posibilităţile individului. Adaptarea umană nu este deci pasivă, ci dinamică şi creatoare. Complexitatea antroposferei, necesită un permanent efort realizat prin procesele adaptative de integrare şi reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcţionale, precum şi refacerea acestora în perioadele în care solicitarea încetează. În acest fel este menţinută homeostazia organismului, precum şi fiabilitatea lui în funcţionare. În 1907, H. Selye introduce termenul de sindrom de adaptare în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacţii prin care organismul răspunde la o acţiune agresivă – stres.

Pornind de la acest concept, organismul uman se află într-o relaţie simultană şi reciprocă cu mediul exterior.

Adaptarea, rezultantă acestei relaţii, depinde de fiecare dintre cei doi factori participanţi, fiecare devenind un determinant şi un produs al relaţiei. Comportamentul uman este un proces de adaptare dezvoltat, menţinut şi schimbat de aceste relaţii simultane şi reciproce (Marsella, 1984).



Marsella, Escudero şi Santiago (1969) şi Marsella, Escudero şi Gordon (1972) au fost primii cercetători care au propus interacţiunea stres-adaptare ca un model psihopatologic în care interacţiunea simultană organism-mediu extern a fost considerată ca generator de patternuri de tulburare şi reglare.

Marsella (1969, 1972) postulează următoarele determinări în ceea ce priveşte modele simptomatice şi capacitatea de rezistentă la stres:

1. fiinţele umane şi mediul lor sociocultural şi fizic sunt sisteme independente;

2. comportamentul normal/anormal este produsul interacţiunii simultane a omului cu mediul;

1.

Adaptare, stres şi mecanisme de apărare

3. organismul nu exista separat de mediu, iar comportamentul nu este independent în interacţiunea organism-mediu;

4. mediul socio-cultural poate fi pus alături de stresorii de diferite categorii şi de cerinţele cognitiv-emoţionale.

Termenul de „adaptare” a fost preluat şi de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât şi de stres; deşi aceasta nu mai este în legătură directă cu concepţia iniţială, urmează, în linii mari, etapele de desfăşurare ale procesului de adaptare.

Campbell arată că *„diversele căi pe care individul le urmează cu întregul său echipament, cu echilibrul şi*

dificultăţile sale interioare, cu experienţa din trecut şi cu cea din prezent pentru a se adapta la *viaţa pe care este chemat să o trăiască*" reprezintă domeniul de studiu al psihiatriei şi al psihiatrului. Pentru aceasta, tulburările de adaptare ale persoanei la „situaţia totală" rămân problema fundamentală alături de funcţiile prin care acestea se realizează.

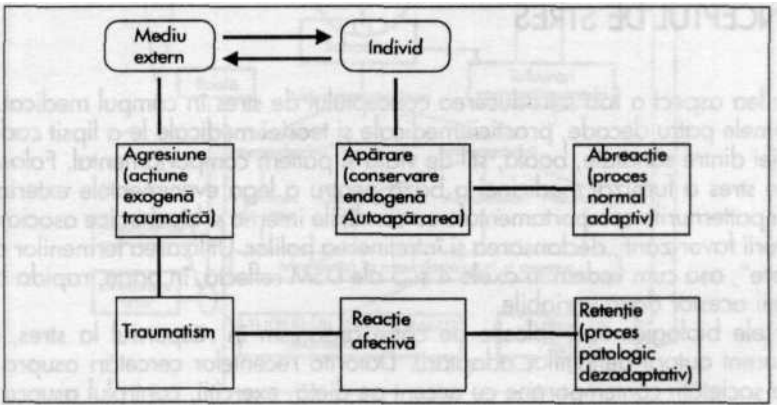
A. Meyer va defini boala mintală ca o adaptare greşită, insuficientă sau inadecvată. Psihanaliza va susţine acest punct de vedere, considerând inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresia ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunţând la adaptarea la nivelul de solicitare cerut, pentru a coborî către unul mult mai redus.

J. Starobiński descrie procesul de inadaptare în următoarea secvenţialitate: Urmărind patologia psihiatrică, se pot nota tulburările de adaptare ca fir al Ariadnei în întreaga nosologie psihogenă. Astfel, în reacţii, între răspuns şi stimul nu exista nicio adecvare, primul fiind mult mai intens decât ar trebui să fie în mod normal sau este inadecvat. Acelaşi lucru este valabil şi pentru dezvoltări în care acest proces se amplifică atât vertical (în dimensiunea temporală) cât şi longitudinal, ca intensitate şi nespecificitate.

Nevrozele reprezintă o slabă capacitate adaptativă la lume şi la problemele personale, resimţite dureros de subiectul care rămâne în restul timpului „în afara jocului". După Enăchescu nevrozele ar apărea ca un conflict între acţiunea practică şi rezultatele acesteia.

În procesele organice şi în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare ca mecanism fundamental declanşator sau patoplastic. Exagerările în acest sens au fost sancţionate cu respingerea de către majoritatea psihiatrilor (vezi în acest sens exagerările reacţioniste ale psihiatriei americane din deceniile 4 – 6 ca şi antipsihiatria) Dezadaptarea este aici un efect şi nu o

cauză a bolii.



Adaptarea oferă celor care evaluează starea de sănătate şi specialiştilor un nou şi contrastant aspect al conceptualizării stării de sănătate şi bolilor. Mai mult decât atât, focalizându-se pe tulburări, dureri, stres, destabilizări şi alte dereglări ale funcţiilor umane, adaptarea ne permite să căutăm starea de sănătate, resursele, competentele şi alte aspecte ale succesului funcţionării umane.

DESPRE STAREA DE SĂNĂTATE

Crescutul interes pentru adaptare din ultimele două decade poate fi privit din următoarele trei perspective: primul aspect este schimbarea în definirea stării de sănătate. În trecut, starea de sănătate era definită ca absenţă a durerii şi era secundară interesului medicilor care erau mai mult focalizaţi pe tulburări.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii definea starea de sănătate ca fiind: *„o stare completa de bine din punct de vedere psihic, mental şi social, şi nu neapărat în absenţa durerii”*. Această definiţie este o recunoaştere a faptului că starea de sănătate este mai mult decât absenţa durerii. Este o stare de armonie, o stare-de-bine cu privire la evoluţia complexului biologic, psihologic şi a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

Adaptarea este strâns relaţionată cu promovarea

stării de sănătate şi cu prevenirea tulburărilor (bolilor). În acord cu Pearlin şi Schooler (1978), adaptarea ne protejează prin:

1. eliminarea sau modificarea condiţiilor care creează probleme;

2. perceperea controlului semnificaţiei trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;

3. păstrarea consecinţelor emoţionale ale problemelor în limite controlabile.

Aceste funcţii prefigurează baze comportamentale pentru tratarea şi prevenirea tulburărilor şi pentru promovarea sănătăţii.

Al doilea aspect este creşterea recunoaşterii că indivizii şi nu medicii sunt şi trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciţii, managementul stresului şi evitarea adicţiilor, indivizii pot promova activ propria lor sănătate mai mult decât prin pasiva evitare a bolilor. Locul pe scara de valori a sănătăţii şi responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul şi stilul de viaţă al fiecăruia. În plus, privit din acest unghi, conceptul de adaptare oferă medicilor şi cercetătorilor o şansă de a trece dincolo de psihopatologie.

CONCEPTUL DE STRES

Al treilea aspect a fost introducerea conceptului de stres în câmpul medical. Cel mai mult în ultimele patru decade, practicii medicale şi teoriei medicale Le-a lipsit cadrul teoretic al relaţiei dintre sănătate, boală, stil de viaţă şi pattern comportamental. Folosirea conceptului de stres a furnizat medianei o bază pentru a lega evenimentele exterioare (ex.: stresorii) şi patternurile comportamentale cu condiţiile interne şi biochimice asociate cu etiologia, factorii favorizanţi, declanşarea şi întreţinerea bolilor. Utilizarea termenilor de „stres” şi „adaptare”, aşa cum vedem în axele 4 şi 5 ale DSM reflectă, în parte, rapida creştere a popularităţii acestor

două variabile.

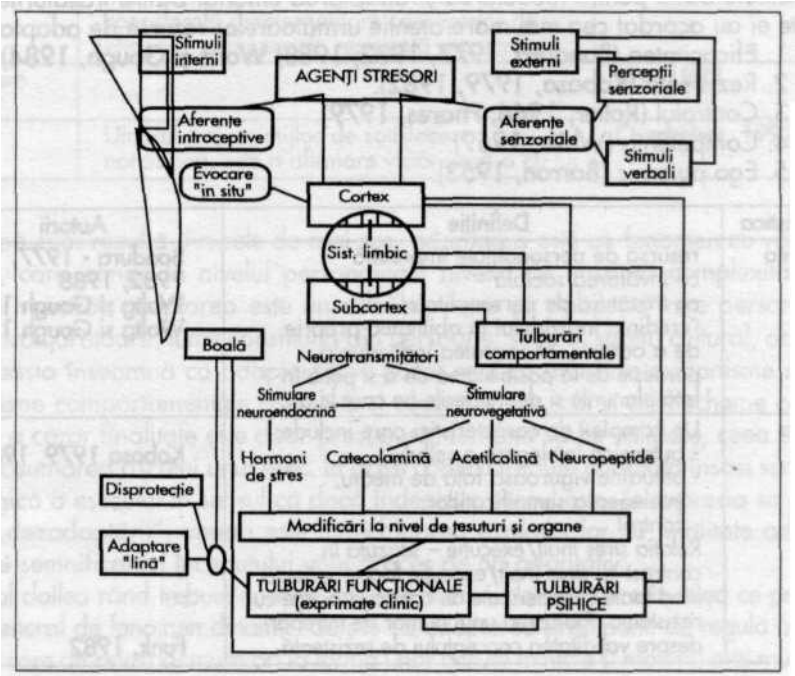
Resursele biologice sunt folosite de către organism în răspunsul La stres, aşa cum notează curent autorii definiţiilor adaptării. Datorită recentelor cercetări asupra stării de sănătate a societăţii contemporane cu accent pe dietă, exerciţii, controlul asupra compor- Adaptare, stres şi mecanisme de apăraretamentelor dăunătoare (fumat, alcool, stres), resursele biologice au devenit comune în regimurile de control al stresului, dar adesea se folosesc mai degrabă ca un reflex, decât într-o manieră deliberată.

Conceptul de stres introdus de Selye indica iniţial o acţiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului care determina o reacţie de adaptare nespecifică a organismului faţă de agresiunea care-i ameninţa integritatea. Conceptul a suferit reconsiderări succesive în care a fost precizată mai clar noţiunea de agent agresor sau stresor şi s-a făcut extensia către aşa numitul stres psihic. Cea mai largă definiţie a agenţilor de acest tip ni se pare cea dată de P. Fraisse (1967) *„totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu îşi găsesc soluţia"*. Pentru M. Golu stresul psihic reprezintă o stare de tensiune, încordare şi disconfort cauzată de afecte negative, de frustrare, de reprimare a unor trebuinţe sau aspiraţii, de imposibilitatea rezolvării unor probleme. I.B. lamandescu afirmă că stresul psihic are caracter primar atunci când este rezultatul unui agresiuni recepţionate din sfera psihică şi un caracter secundar care ar fi o reacţie de însoţire sau de conştientizare a unui stres fizic sau biologic căreia i se acordă o semnificaţie ameninţătoare sau de altă natură. W. Huber (1992) afirmă că natura obiectivă a stresorului este mai puţin importantă pentru sănătate ca evaluarea subiectivă pe care o persoană i-o dă.

Taylor (1990) arată că evenimentele considerate de către o persoană drept negative, necontrolabile,

nepredictibile sau ambigue sunt trăite mult mai stresant de către aceasta. Karmer şi colab. fi 981) au demonstrat că stresorii minori dar care acţionează continuu au acelaşi efect ca şi evenimente cu semnificaţie stresantă majoră care se petrec punctual.

Stresul psihic antrenează ca orice alt stresor o participare complexă a întregului organism în cele două ipostaze ale sale psyche şi soma. Interreacţiile generate la nivelul diferitelor componente ale psihismului au fost schematizate de I.B. lamandescu (1995) astfel:



O abordare modernă a psihologiei medicale

Mathney, Aycock, Pugh, Curlette şi Cannella (1986) au sugerat că patternurile de adaptare se pot divide într-o categorie de stresori preventivi şi o categorie de stresori combativi.

Formula lor include 4 tipuri:

1. evitarea stresorilor prin adaptarea vieţii
2. adaptarea nivelului cererii
3. Îndepărtarea stresului indus de patternurile

comportamentale

4. descoperirea resurselor adaptării.

Categoria stresorilor combativi include 5 tipuri:

1. manifestarea stresului
2. stăpânirea resurselor
3. atacarea stresorilor
4. tolerarea stresorilor
5. scăderea iritabilităţii.

Comportamentele de adaptare pot fi împărţite în 4 dimensiuni independente: 1. activ-pasiv (discutând direct acţiunea, tratând despre stresori sau evitând stresorii) 2. cognitiv-emoţional (controlând stresorii angajaţi în activitatea cognitivă sau ţinând de sfera emoţională catarsisul şi expresia)

3. controlul (menţinând în aparenţă controlul personal asupra stresorilor)

4. acţiunea psihologică/acţiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social).

TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ÎN DETERMINAREA BOLILOR

De-a lungul istoriei psihologiei mulţi psihologi au arătat că trăsăturile de personalitate constituie baza pentru modelarea şi adaptarea umană. Dintre trăsăturile de personalitate ei au acordat cea mai mare atenţie următoarelor resurse de adaptare:

1. Eficacitatea (Bandura, 1977, 1982, 1988; Waltz şi Gough, 1984).
2. Rezistenţa (Kobasa, 1979.1982).
3. Controlul (Rotter, 1966; Phares, 1979).
4. Competenţa (White, 1959).
5. Ego puternic (Barron, 1953).

Caracteristica	Definiţie	Autorii
Eficacitatea	resursa de personalitate împreună cu învăţarea socială	Bondura – 1977, 1982, 1988

	ca trăsătură de personalitate; „credinţa individului în abilitatea proprie de a acţiona. Eficacitatea individuală porneşte de la posibilitatea de a-şi pune în faţă planurile şi deprinderile pe care le are”.	Woltg şi Gough 1984 Woltg şi Gough 1984
Rezistenţa	Un complex de caracteristici care include: – puternică înţelegere a selfului; – atitudine viguroasă fată de mediu; – înţelegerea semnificaţiilor; – control. Relaţia stres înalt/execuţie – scăzută în contrast cu stres înalt/execuţie foarte scăzută fiind toate caracterizate de calităţi asociate cu rezistenţa. Ridicarea unui număr de întrebări despre validitatea conceptului de rezistenţă.	Kobosa 1979, 1982 Funk, 1982

Adaptare, stres şi mecanisme de apărare

Caracteristica	Definiţie	Autorii
Controlul	Un construct de personalitate. În ultimii 30 de ani s-au făcut sute de studii legate de aceasta temă. Aceste studii au inclus investigaţii şi corelaţii, structură factorială şi proprietăţi psihometrice. În general, concluzia este că locul controlului reprezintă o	J. Rotter, 1966 Folkman, 1984 Steptoe şi Apples, 1992

	sursă distinctă a personalităţii pentru adaptarea la stres. Pozitivitatea valorii controlului personal. Ideea că individul poate facilita şi dezvolta prin credinţa în ceva anume şi faptul că aceasta dă posibilitatea autocontrolului, rămâne totuşi o noţiune populară	
Competenţa	Ea reprezintă „sentimentul eficacităţii care provine de la istoria cumulativă a producerii unui efect asupra mediului”. Competenţa este emergenţă calităţii care apare natural în procesul uman de creştere şi dezvoltare. Un concept comportamental al competenţei şi Un model de dezvoltare/maturitate al competenţei. Competenţa socială – un index al maturităţii şi sănătăţii psihice.	White, 1959, 1960, 1970 Golfried şi D’Zurilla, 1969 Heath, 1977 Phillips şi Ziegler, 1961, Broverman şi Zigler, 1966, 1961
Ego puternic	conceptul de „putere a Ego-ului” Când teoriile psihodinamice au luat avânt se dezvoltă scala de măsurare a puterii Ego-ului. Mai târziu, „puterea egoului” a putut fi considerată premergătoare conceptelor de eficienţă, competenţă, rezistenţă şi control.	Barren, 1953
Dezvoltare		Rim, 1992

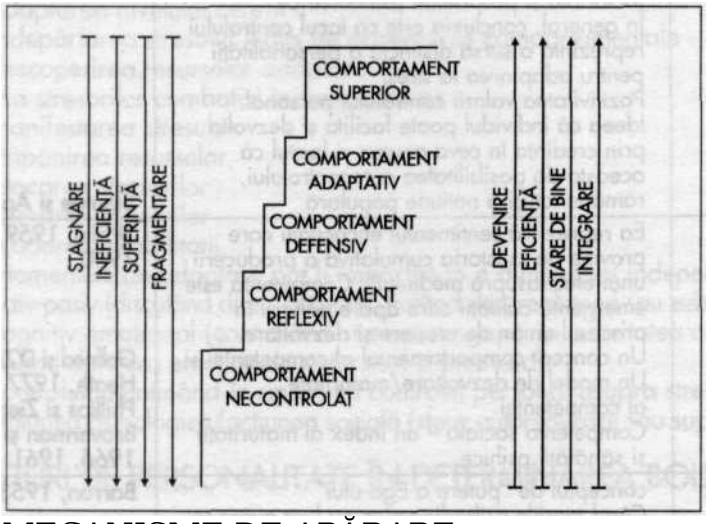
morală		
Umorul	Umorul este un mijloc de satisfacere narcisiacă, este o afirmare victorioasă a Eului	Overholser, 1992

După cum rezultă din cele de mai sus, adaptarea este un fenomen cu vădite tente finaliste, care atinge la nivelul personalităţii nivelul de maximă complexitate. După părerea noastră, adaptarea este un echilibru care se stabileşte între personalitate şi lumea înconjurătoare, lume constituită din persoane, situaţii, spaţiu cultural, obiecte etc.

Aceasta înseamnă că adaptarea se poate realiza atât prin mecanisme stereotipe sau scheme comportamentale asimilate şi algoritmizate, cât şi prin scheme comportamentale a căror finalitate este doar presupusă, urmând să fie validate, ceea ce implică chiar şi asumarea riscului unui eşec. În acest context trebuie nuanţată însăşi semnificaţia psihologică a eşecului în sensul că dacă îndeobşte eşecul este, în expresia sa concretă, efectul „dezadaptării”, uneori este întruchiparea explorărilor cu finalitate adaptativă, deci este semnificantul începutului unui proces de tip adaptativ.

În al doilea rând trebuie nuanţat înţelesul noţiunii de adaptare în ceea ce priveşte aspectul general de fenomen dinamic. Se ştie că adaptarea presupune de regulă un efort adaptativ care de cele mai multe ori ia forma unor acţiuni mintale şi motorii, mai mult sau mai

O abordare modernă a psihologiei medicale puţin evidente în exterior. Dar sunt destule situaţii când efortul adaptativ nu presupune declanşarea, menţinerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume, ci întreruperea, stoparea acestora. Uneori blocarea la timpul cuvenit a unei simple reacţii sau a unei operaţii complexe este de o importanţă fundamentală pentru însăşi existenţa fizică a persoanei.



MECANISME DE APĂRARE

De la apariţia sa, termenul de *apărare* (S. Freud 1894) a desemnat o serie de explicaţii psihologice pentru a arăta modul în care conflictul psihic este factor etiologic determinant.

Termenul de *psihonevroză* a fost folosit de Freud pentru a desemna o serie de boli în care conflictul psihic este determinant şi a cărei etiologie este deci psihogenă. Doi ani mai târziu, în 1896 într-un articol intitulat „Noi remarci asupra psihonevrozelor de apărare", Freud afirma că apărarea este punctul central al mecanismelor psihice al nevrozelor luate în discuţie. Cele patru mecanisme de apărare precizate de Freud în aceste articole erau:

1. conversia afectului în isterie

2. transpoziţia sau *deplasarea* afectului în nevroza obsesională *respingerea* concomitentă reprezentării sau afectului sau *proiecţia* în psihoze.

În 1936 A. Freud, pornind de la contribuţiile tatălui său, realizează o sinteză a datelor privind mecanismele de apărare descriind ţintele şi motivele apărării.

Ulterior, M. Klein va descrie apărările precoce, iar o serie de psihanalişti vor relua în mod creator teoria

mecanismelor de apărare, transformându-le într-un concept fundamental al practicii contemporane.

Dintre numeroasele definiţii date mecanismelor de apărare, o reţinem pe cea a lui Widloecher (1972) mecanismele de apărare arată diferitele tipuri de operaţii în care se poate specifica apărarea, adică forme clinice ale acestor operaţiuni defensive, şi pe cea a *DSM-ului IV*, în care mecanismele de apărare (*styles of coping*) sunt definite ca procese psihologice automate care protejează individul de anxietate sau de perceperea

Adaptare, stres şi mecanisme de apărare de pericole sau de factori de stres interni sau externi. Autorii DSM-ului mai fac precizarea că mecanismele de apărare constituie mediatori ai reacţiei subiectului la conflictele emoţionale şi la factori de stres externi sau interni.

Recent Ş. Ionescu, M.M. Jacquet şi C. Lhote (1997) examinând finalitatea mecanismelor de adaptare şi modul de acţiune adaptat în vederea atingerii respectivelor finalităţi descriu următoarele posibilităţi:

1. Restaurarea homeostaziei psihice;
2. Reducerea unui conflict intra-psihic;
3. Diminuarea angoasei născută din conflictele interioare între exigenţele instinctuale şi legile morale şi sociale;
4. Stăpânirea, controlul şi canalizarea pericolelor interne şi externe sau protejarea individului de anxietate sau de perceperea pericolelor sau factorilor de stres interni sau externi.

Aceiaşi autori încearcă o definiţie complexă a mecanismelor de apărare ca: *procese psihice inconştiente urmărind reducerea sau anularea efectelor dezagreabile ale pericolelor reale sau imaginare, remaniind realităţile interne şi/sau externe şi ale căror manifestări – comportamente, idei sau afecte pot fi inconştiente sau conştiente*.

Interesul pentru mecanismele de apărare în lucrarea noastră este generat de posibila abordare integrativă a

proceselor psihologice de adaptare.

Care este conţinutul Mecanismele de apărare sunt modalităţi dezvoltate pentru a termenului de proteja Eul atât în situaţii normale cât şi în cele patologice.

mecanism de apărare? *Mecanisme de apărare* sugerează un mod de funcţionare asemănător cu cel al unei maşini al sistemului psihic implicat. Caracterul inconştient şi automat al mecanismului de apărare justifică în mare măsură această formulare.

Împotriva cui se apără Eul?

Apărarea este o strategie de luptă contra afectului în sensul că dacă acesta nu are o acţiune neplăcută, mecanismele de apărare nu apar. Eul se apără împotriva pulsiunilor inconştiente şi împotriva afectelor legate de aceste pulsiuni care sunt supuse la tot felul de constrângeri pentru a fi stăpânite şi metamorfozate.

De ce se apără Eul, care sunt motivele pentru care Eul se apără?

După A. Freud, trei motive pot fi reţinute: frica de supra-Eu, frica de real, (aceste două cauze vor conduce întotdeauna la sentimente de vinovăţie în cazul în care pulsiunea s-ar satisface, chiar dacă într-o primă fază această satisfacere ar fi însoţită de plăcere), teama ca intensitatea pulsiunii să nu devină excesivă.

Ce înseamnă o apărare reuşită?

Reuşita unei apărări trebuie să fie considerată din punct de vedere al Eului şi nu din termenii unei lumi exterioare de adaptare la această lume. Criteriile de reuşită sunt legate de următoarele scopuri: împiedicarea pulsiunii interzise de a intra în câmpul conştiinţei, îngrădirea angoasei de însoţire, evitarea oricărei forme de neplăcere; în cazul refulării reuşita este efectivă dacă orice apariţie conştientă dispare.

Care sunt pericolele o apărare reuşită are totdeauna şi ceva periculos atunci unei apărări reuşite? când restrânge excesiv domeniul conştientei sau competenţei

Eului atunci când ea falsifică realitatea. În acest caz, chiar dacă este „reuşită” ea poate avea consecinţe nefaste pentru sănătate sau pentru dezvoltarea ulterioară.

Ce înseamnă o Apărările adaptative facilitează în acelaşi mod homeostazia apărare adaptativă psihică ca şi adaptarea subiectului la mediul său. Pentru ca o apărare să fie adaptativă, ea nu trebuie să anihileze comp let afectul, să fie orientată pe termen lung, să aibă o specificitate cât mai crescută, să nu blocheze ci să canalizeze afectele, să transforme utilizatorul acestor tipuri de apărare într-o persoană agreabilă şi atractivă.

Există apărări normale Apărările se manifestă şi în situaţii normale. Vom considera şi apărări patologice? că atât timp cât funcţionarea mintală nu este afectată în supleţea şi armonia sa în adaptarea la real, apărările sunt eficace. Dacă acestea sunt prea rigide, prost adaptate realităţilor interne şi externe sau doar de un singur tip, indiferent de situaţie atunci este vorba de apărări patologice sau inadecvate pentru că ele sunt decalate în raport cu nivelul de dezvoltare al individului sau improprii situaţiei în care se găseşte subiectul. Aceste apărări au tendinţa să deformeze perceperea realităţii şi să perturbe alte funcţii ale Eului.

Cum pot fi definite Ansamblul operaţiilor a căror finalitate este de a reduce mecanismele de conflictul intra-psihic făcând inaccesibile experienţei apărare? conştiente unele din elementele conflictului (Widlocher). Apărarea este un mecanism psihologic inconştient folosit de individ pentru a-şi diminua angoasa născută din conflictele interioare între exigenţele instinctuale şi legile morale şi sociale. Noţiunea de mecanism de apărare înglobează toate mijloacele utilizate de Eu pentru a stăpâni, controla şi canaliza pericolele interne şi externe. Mecanismele de apărare constituie strategii prin care persoanele reduc sau evită stările negative cum ar fi conflictele, frustrarea, anxietatea şi stresul

(Holmes). Mecanismele de apărare sunt procese psihice inconştiente vizând reducerea sau anularea efectelor dezagreabile ale pericolelor reale sau imaginare care remodelează realităţile interne şi/sau externe şi ale căror manifestări – comportamente, idei sau efecte – pot fi inconştiente sau conştiente.

CELE 10 MECANISME DE APĂRARE CLASICE

1. REFULAREA
2. REGRESIA
3. FORMAŢIUNEA REACŢIONALĂ
4. IZOLAREA 5. ANULAREA RETROACTIVĂ

Adaptare, stres şi mecanisme de apărare 39

6. TRANSFORMAREA ÎN CONTRARIU
7. SUBLIMAREA
8. INTROIECŢIA
9. PROIECŢIA
10. REÎNTOARCEREA CĂTRE SINE

Făcând analiza critică a abordării psihanalitice M. Miclea (1997) arată că aceasta:

1. plasează mecanismele de apărare la interfaţa dintre Id şi Ego;

2. le organizează ierarhic în funcţie de „maturitatea" lor, adică de eficienţa cu care reuşesc să blocheze descărcarea pulsiunilor instinctuale ale Idului;

3. consideră că sunt declanşate de anxietatea de semnal, deci sunt postemoţionale;

4. nu limitează teoretic numărul acestor mecanisme, lăsând la libera decizie a psihanaliştilor postularea unui nou mecanism;

5. nu oferă o metodologie precisă pentru stabilirea referenţilor comportamentali ai mecanismelor defensive.

În acelaşi timp, autorul subliniază că din comparaţia cu mecanismele de adaptare (coping) se desprind o serie de precizări, nuanţe şi delimitări:

1. necesitatea considerării funcţiei defensive a mecanismelor psihice atât *vis-à-vis* de informaţia negativă internă cât şi de cea externă;

2. renunţarea la organizarea ierarhică a mecanismelor defensive în funcţie de succesul lor în exprimarea Idului;

3. considerarea acţiunii lor atât înainte de declanşarea reacţiei emoţionale cât şi postafectiv;

4. tratarea diferenţiată a comportamentelor defensive şi a mecanismelor defensive.

Copingul este definit în această perspectivă ca un proces activ prin care individul, prin autoaprecierea propriilor activităţi şi a motivaţiilor sale face faţă unor situaţii stresante şi reuşeşte să le controleze (Bloch şi colab.1991).

O trecere în revistă recentă, făcută de Burgeois şi Paulhan (1995) asupra diferitelor tipuri de coping descrie:

copingul centrat pe emoţie, care vizează reglarea suferinţei emoţionale;

copingul centrat pe problemă, care vizează gestiunea problemei care se găseşte la originea suferinţei subiectului;

copingul „vigilent", care permite strategii active (de căutare a informaţiei, de susţinere socială, de mijloace de înfruntare a situaţiei pentru a o rezolva).

Holahan şi colab. (1996) arată că mecanismul de coping conceput ca o trăsătură stabilă de personalitate sau ca un răspuns La situaţii stresante specifice este din ce în ce mai mult studiat într-o perspectivă integrativă, ţinând cont totodată de abordarea dispoziţiei şi contextului.

Mecanismele de apărare care pot fi abordate cognitiv sunt după M. Miclea: negarea defensivă (refuzul), represia, proiecţia, raţionalizarea, intelectualizarea şi izolarea, cu sublinierea că este vorba de o similitudine terminologică şi nu de construct. *Denumirea* mecanismelor este aceeaşi ca în psihanaliză dar ele sunt *redefinite* prin noţiunile psihologiei procesării informaţiei. Ele sunt proceduri cognitive, nu

formaţiuni psihodinamice şi reprezintă *diverse modalităţi de prelucrare a informaţiei cu valenţă negativă*, vizând diminuarea reacţiei de distres.

4 & O abordare modernă a psihologiei medicale

Locul mecanismelor cognitive de apărare în tipologia mecanismelor de coping (*adaptare*) – M. Miclea, 1997

Vectorul funcționării \ Tip de mecanism	Comportamental	Cognitiv	Neurobiologic
Confruntare			
Evitare		Mecanisme cognitive de apărare	

Din perspectivă cognitivistă, mecanismele de apărare sunt considerate ca *stra*
sau proceduri de prelucrare a informației negative cu funcția de reducere a distres

MECANISMUL	DEFINIȚIE FUNCȚIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
Negarea defensivă (refuzul)	*Toate procedurile cognitive de contracarare a formării unei reprezentări interne a traumei* care se activează imediat după evaluarea primară a stimulului și vizează eludarea reprezentării lui mintale ca stimul traumatic.	Negarea defensivă se operează multinivelar. La nivel *perceptiv*, negarea poate perturba recepția corectă a stimulului traumatic: ea poate produce *scotomizări parțiale* ale imaginii vizuale a scenei traumatice.	nu dau atenție simptomelor ce pot semnala debutul unei boli. caut să mă gândesc la altceva care nu are legătură cu boala. amân cât mai mult posibil prezentarea la medic sau la o intervenție medicală dureroasă.
Represia	*Toate procedurile care concură la o reactualizare selectivă a informației din memorie, în sensul că reactualizarea informației neplăcute, traumatice este parțial sau integral blocată.* Formarea unei reprezentări interne a traumei, se presupune că a avut loc, dar accesul ei în conștiință este stopat.	Se caută eludarea din memorie nu numai a traumei propriu-zise ci și a evenimentelor care, asociindu-se într-un fel sau altul cu trauma ar putea s-o evoce. Eșecul reactualizării informației traumatice se poate datora și unui mecanism inconștient așa cum se întâmplă emoție negativă foarte puternică poate provoca o amnezie totală sau parțială a evenimentului cu care s-a asociat, cunoscută sub numele de *amnezie posttraumatică*.	evit să-mi amintesc momente neplăcute din viața mea nu-mi amintesc prea bine cum a debutat și evoluat boala boala de care sufăr îmi vine mereu în minte

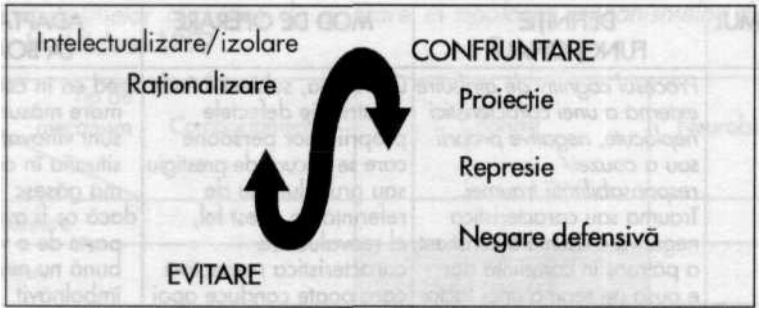
Adaptare, stres şi mecanisme de apărare

MECANISMUL	DEFINIŢIE FUNCŢIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
Proiecţia	*Procesul cognitiv de atribuire externă a unei caracteristici neplăcute, negative proprii* sau a *cauzei/ responsabilităţii traumei.* Trauma sau caracteristica negativă e asumată conştient, a pătruns în conştiinţă dar e pusă pe seama unui factor extern care poate fi o persoană sau o situaţie vag definită.	De regulă, subiectul tinde să atribuie defectele proprii unor persoane care se bucură de prestigiu sau grupului său de referinţă. În acest fel, el reevaluează caracteristica respectivă care poate conduce apoi la o eventuală diminuare a distresului pricinuit de conştientizarea acesteia.	cred că în cea mai mare măsură alţii sunt vinovaţi de situaţia în care mă găsesc dacă aş fi avut parte de o viaţă mai bună nu m-aş fi îmbolnăvit
Raţionalizarea	Toate procedurile de *justificare* a comportamentului dezadaptativ pe care un individ l-a avut şi de *reevaluare* a situaţiei traumatice, astfel încât impactul său emoţional să fie redus.	"justificările" sunt însă *contrafăcute*, construcţii teoretice menite să-l scuze pe individ în ochii săi (şi ai celorlalţi). Subiectul caută să-şi demonstreze că situaţia nu e chiar atât de dramatică, se încearcă exagerarea beneficiilor şi/sau să minimalizeze impactul negativ (costul) situatei stresante. Lanţului cauzal real sau semnificaţiei reale, li se substituie un şir de argumente doar aparent valide confruntarea *directă cu realitatea este* astfel evitată.	când sunt într-o situaţie neplăcută mă consolez gândindu-mă că ar fi putut fi şi mai rău şi că alţii suferă şi mai mult decât mine m-am îmbolnăvit din vina mea aşa că n-am decât să suport consecinţele bolii. am fost mereu ocupat şi de aceea nu m-am prezentat la medic.
Intelectualizarea/ izolarea	*Un ansamblu de strategii cognitive care vizează analiza informaţiei traumatice în condiţiile disocierii ("izolării") acesteia de consecinţele ei emoţionale*	*Subiectul* se angajează într-o gândire abstractă excesivă spre a evita experimentarea unor sentimente perturbatoare"	îmi privesc simptomele cu detaşare şi curiozitate, mă interesează detaliile teoretice ale bolii mi-ar plăcea să citesc o lucrare de specialitate referitoare la boala mea suferinţa m-a făcut să văd cu alţi ochi viaţa.

Mecanismele de apărare cognitivă nu acţionează separat, ci în funcţie de gradul de eludare a situaţiei stresante sunt plasate într-un adevărat *continuum*

cognitiv defensiv (M. Miclea, 1997).

O abordare modernă a psihologiei medicale



Un alt tip de realizare a adaptării prin mecanisme de apărare a fost pus în evidenţă de studiile asupra interacţiunilor sociale şi de cele asupra identităţii: cel al apărărilor sociale care priveşte apărarea Eului social împotriva unor pericole exterioare care ar putea să-i atingă valoarea.

În opinia lui Mucchielli *Eul social* are trei componente: comunitar-participativă, prezentarea către ceilalţi şi definirea de către ceilalţi.

Apărările sociale pot fi clasate în trei categorii:

luările de distantă prin atacuri, intimidări, evitări;

Imobilizările care sunt blocajele de tip inhibiţie;

retragerile – apropierile – supunerea, justificările sau seducţia.

Aceste apărări satisfac principalele nevoi ale eului social cum ar fi: participarea, relaţii pozitive de diferite feluri cu parteneri sociali din acelaşi grup, securitatea şi valorizarea personală în mediul grupai, consideraţia socială.

Mecanismele de apărare socială permit individului adaptarea la lumea socială.

Aici ar trebui amintite aşa-numitele *„sisteme de securitate" descrise* de Gardiner în 1947, constituind ansamblul conduitelor utilizate de indivizii unei aceiaşi societăţi pentru a înfrunta aceleaşi pericole şi frustrări. Ele reunesc măsurile de apărare, instituţionalizate la nivel social, care se înscriu în psihismul individual ca şi

modalităţile obişnuite de reacţie la frustrările mediului social.

De altfel Mucchielli în 1981 vorbea de forme socializate ale apărărilor interne. Ele sunt constituite din combinaţii de apărări care se regăsesc în aceeaşi epocă la un număr mare de indivizi, îmbrăcând deci o formă colectivizată, exemple în acest sens sunt: distracţiile, ecologismul şi toxicomaniile. De exemplu *ecologismul ar* reprezenta un ansamblu de reacţii defensive prin care este refuzată realitatea socială şi tehnologică, acuzarea societăţii şi grupismul (găsirea plăcerii de a fi în grup). Aceste reacţii ar apărea din cauza unei puternice angoase legate de sentimente de inferioritate în faţa progresului tehnic şi a complexităţii societăţii şi de sentimente de frică de eşec individual şi social şi de respingere ca şi de invidie faţă de puterea şi plăcerea exacerbată de societatea de consum.

Acelaşi autor concluzionează asupra ecologismului ca fiind o serie de mai multe mecanisme individuale de apărare ca de exemplu negarea realităţii, anularea retroactivă (ascetismul afişat părând să facă parte din conduitele destinate să şteargă sentimentele de invidie şi participare vinovată anterioară la societatea de consum), regresia (comportament tipic de adolescent în special *grupismul*) şi compensarea (a inferiorităţii prin noul statut căpătat în grup).

Adaptare, stres şi mecanisme de apărare 43

Alt tip de apărări este cel constituit de *apărările transpersonale* care permit eului să se protejeze manipulând relaţiile cu lumea. Studiul acestor apărări permite observarea acţiunii eului asupra mediului înconjurător. Acţiunea lor implică faptul că Eul nu a mai fost acaparat de utilizarea apărărilor interne.

În folosul nevoilor eului, apărările transpersonale folosesc întreaga gama de influenţe şi conduite umane. Această idee a apărărilor transpersonale datorează mult mişcărilor antipsihiatrice în special lui Laing, care

considera că prin aceste apărări Eul încearcă să dirijeze viaţa interioară a celuilalt pentru a o proteja pe a sa. Antipsihiatria susţinea că boala psihică constituie o apărare transpersonală.

În scopul protejării propriei boli, persoanele bolnave, deci indivizi, dar şi cupluri, familii, grupuri şi chiar societatea în ansamblu, impun persoanelor sănătoase dar mai slabe decât ele, un sistem de relaţii patologice şi patogene. În acest mod, persoane sănătoase la început, devin bolnavi, boala lor constituind expresia unei apărări transpersonale.

Reluând atitudinile nevrotice descrise de K. Horney, Mucchielli arată rolul lor de apărări transpersonale care au drept funcţie evitarea angoasei interne care însoţeşte în cultura noastră riscul de eşec în relaţiile afective. Cele trei forme de exprimare ale acestor apărări se exprimă sub forma unor modalităţi de relaţie cu celălalt: apropierea extremă de celălalt, tentativa de a-i câştiga admiraţia sau separaţia.

Anzieu şi Kaaes arată că anxietatea care există în orice grup este legată de mecanismele apărărilor grupale, membrii grupului utilizează mecanismele de apărare proprii grupului, pentru a-şi îmbunătăţi propriile lor apărări.

Roussillon în două lucrări succesive: „Mecanisme metadefensive în instituţii” (1988) şi „Despre paradox” (1991), aprofundează funcţiile mecanismelor de apărare grupale. Ideologia grupului, de exemplu, are funcţii de apărare evidente: protejează identitatea grupului contra distorsiunilor istorice şi politice, elimină incertitudinea înlocuind percepţia faptelor istorice contradictorii, asigură confortul grupului evitând faptele neliniştitoare, constituindu-i o justificare a viziunii pe care o are despre lume şi joacă un rol de filtru atribuind doar două tipuri de valori – binele şi răul.

Mucchielli arată că ideologia acoperă diferite mecanisme de apărare clasice:

refularea – ideologia obligă membrii grupului să adopte moduri de gândire şi interdicţii similare, ştergând astfel conflictele interne ale grupului;

proiecţia – desemnează duşmani asupra cărora sunt aruncate pulsiunile;

anularea – transformând o stare de fapt într-o alta şi impunând conduite radical diferite;

sublimarea – sublimând sentimentul de inferioritate într-un discurs asupra organizării puterii.

Conceptul de eliberare (*working off mechanism*) a fost introdus în 1973 de E. Bibring; pentru acesta mecanismele de apărare constituiau modalităţi de organizare a tensiunilor de către eu; funcţia lor este de a distruge progresiv tensiunea schimbând condiţiile interne care îi dau naştere. Dintre mecanismele de eliberare, Bibring citează familiarizarea cu o situaţie anxiogenă sau desprinderea libido-ului.

Lagache merge mai departe în ceea ce priveşte elementele caracteristice ale eliberării:

recunoaşterea, considerată de subiect ca esenţială, a dorinţelor sale şi a apărărilor fantasmatice;

rolul important jucat de conştiinţă, care fără să fie exclusiv, este determinant;

ridicarea apărărilor.

Lagache precizează că mecanismele de apărare fac apel la inteligenţă, în sensul în care aceasta este definită ca o capacitate de acomodare la situaţii noi.

Printre căile de eliberare, care implică diferite modalităţi de înlocuire, autorul citează repetiţia activă pentru rememorarea gândurilor şi discuţiilor; identificarea (care conduce subiectul la a se confunda cu trăirea sa) prin obiectivare, (care îi permite să ia distanţă în raport cu această trăire); disocierea prin integrare, inhibiţia prin control şi supunerea prin experienţă. De asemenea el propune includerea sublimării printre mecanismele de eliberare, urmând consideraţiile lui

Fenichel care considera că sublimarea este o apărare reuşită care are drept condiţie prealabilă, abolirea refulării.

Plutchik (1995) consideră că apărările de bază (concepute ca mecanisme inconştiente, rigide, cu valoare adaptativă limitată) corespund chiar unui *stil de coping*.

Toate acestea vin să explice de ce resursele sociale constituie alt rezervor pentru comportamentul adaptat.

RESURSELE SOCIALE

Două concepte de bază au fost identificate ca resurse sociale în literatura de specialitate: reţeaua socială şi suportul social.

Conceptul de reţea socială a fost introdus de Bornes (1954) în studiul său despre o comunitate rurală norvegiană. Adams (1967) definea reţelele sociale ca: „acele persoane care se menţin în contact şi care intră în legături sociale.

Modelul reţelei sociale a resurselor de adaptare oferă posibilitatea descrierii, cuantificării şi analizei complexităţii mediului social ca un potenţial mediator al stresorilor.

Marrsella şi Snyder (1981) au observat patru dimensiuni ale reţelei sociale şi care au utilitate pentru cercetare:

1. structura (mărime, densitate, interacţiune, poziţie)

2. relaţiile interpersonale (reciprocitate, simetrie, direcţie)

3. calitatea atributelor (intensitate, răceală, ostilitate)

4. funcţionare (suport material, sfat, locuinţă).

Cu alte cuvinte, resursele sociale reprezintă o resursă de adaptare, un rezervor al sprijinului social la care fiecare individ se poate întoarce pentru a se sprijini în timp.

Suportul social se referă la rezultatele favorabile ale relaţiilor interumane, ele fiind funcţia mai multor factori

incluzând caracteristicile reţelei sociale. Dar mult mai important este faptul că suporturile sociale constituie resursele la care individul poate apela pentru rezolvarea problemelor. Ele sunt aprecieri valabile pentru noi atunci când ne confruntăm cu o problemă (Gottlieb 1981, Cohon şi Willis 1985, Lin, Dean şi Ensel 1986, Dunkel-Schetter, Folkman şi Lazarus 1987, Coyne şi Downey 1991).

Dunkel-Schetter (1987) observă trei feluri de suporturi sociale ce pot fi utilizate pentru rezolvarea stresului:

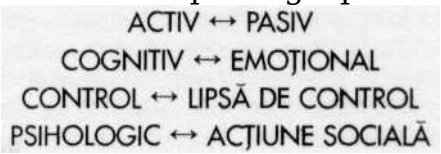
1. emoţional;
2. sprijin;
3. informaţional.

M. Lăzărescu (1994) arată că reţeaua de suport social joacă atât un rol general protectiv şi stimulativ (întreţinere şi stimulare a existenţei fireşti, sănătoase, pozitive), cât şi un rol de „tampon" faţă de stresori. El arată importanţa acestui rol de tampon pentru sănătatea generală, cât şi pentru cea psihică, în special în situaţiile de criză. Omul trăieşte uneori lungi perioade de stres psihosocial în care tamponul realizat de supor-Adaptare, stres şi mecanisme de apărare. 45

tul social trebuie să aibă continuitate şi durată, crescând astfel integrarea socială a individului, ridicând nivelul stimei de sine şi sentimentul de securitate, operând astfel mutaţia asupra personalităţii. Un individ mai puternic va suporta mai bine experienţele de stres şi deci se va adapta la un nivel superior.

Pe scurt, bazat pe o revedere a literaturii teoretice şi de cercetare asupra adaptării, incluzând o sumă de definiţii, autorii au propus o nouă definiţie a adaptării care încorporează dimensiunile esenţiale ale definiţiilor prioritare. Autorii au sintetizat de asemenea unele dintre rapoartele lor majore despre natura adaptării, resursele şi modelele (mostrele) şi categoriile de comportament ale adaptării. Sintetizând putem afirma că resursele

adaptative în cele trei variante ale lor biologic, psihologic şi social sunt sursa comportamentelor adaptative care pot fi grupate în patru antonimii:



Suntem de acord cu toţi acei autori care consideră adaptarea drept cheie a creşterii şi evoluţiei umane, care îi dă individului posibilitatea de a accede la un nou nivel funcţional caracterizat de competenţă selectivă şi posibilitatea transcenderii.

Acest tip de abordare integrativă în explicarea fenomenologiei şi psihopatologiei I-a condus pe Ş. Ionescu la o tentativă de depăşire a semiologiei psihiatrice clasice, considerată prea rigidă şi centrată pe simptom.

Autorul propune creşterea interesului pentru aspectele semiologice care ar putea fi calificate drept funcţionale din cauza scopului lor: reducerea pulsiunii tensionale şi a angoasei care rezultă din aceasta şi, respectiv, adaptarea la schimbarea condiţiilor externe.

Această semiologie pune accentul pe aspectul de proces al funcţionării psihice, sugerând continuumul mecanismelor de adaptare.

CAPITOLUL 4

VULNERABILITATE ŞI EVENIMENTE DE VIAŢĂ

Lupta însăşi către înălţimi e de ajuns pentru a umple un suflet omenesc. Trebuie să ni-l închipuim pe Sisif fericit.

Albert Camus

Evenimente de viaţă

Natura evenimentului

Importanţa evenimentului

Contextul evenimentului Tracasările şi momentele bune cotidiene Constrângerile de rol

Abordarea socio-clinică a lui Brown şi Harris

Importanţa interacţiunilor Principiul sumării

Vulnerabilitate şi agenţi declanşatori Clasa socială Sexul

EVENIMENT DE VIAŢĂ

În ultimul deceniu sociologii au studiat determinanţii socio-culturali ai sănătăţii mintale şi ai bolii, factorii sociali în situaţia de căutare a ajutorului psihiatric, atitudini faţă de boala psihică, şi organizarea de îngrijire a sănătăţii mintale. În toate aceste domenii, studiul a fost posibil numai prin formarea unui organism interdisciplinar, care a elaborat atât studii teoretice, cât şi cercetare concretă, la aceasta aducându-şi contribuţia nu numai sociologi, dar şi psihiatri, psihologi şi epidemiologi.

Cercetarea asupra factorilor sociali şi culturali în psihopatologie a dominat cercetarea ultimului deceniu, datorită interesului asupra efectelor dăunătoare sănătăţii pe care le au evenimentele stresante de viaţă.

Vom începe prin a introduce conceptul de eveniment de viaţă, în jurul căruia se structurează problematica acestei cauzalităţi.

Natura evenimentului

Abordarea modernă ţine seama de drumul parcurs de la întâiul război mondial – când se credea ca simptomele consecutive unei traume psihice pe câmpul de bătaie

48 O abordare modernă a psihologiei medicale erau provocate de explozia unor minuscule vase sangvine cerebrale. La începutul secolului, despăgubirea victimelor accidentelor feroviare care prezentau stări psihice fără sechele fizice evidente, constituia o problemă pentru neuropsihiatrii şi companiile de asigurări, iar nevrozele traumatice ocupau atunci un loc important în cercetare.

Abia în 1950, „evenimentul”, indiferent de natura lui, a înlocuit ca importanţă „accidentul”, devenind centrul de interes. De atunci sunt cercetate probleme

mai prozaice şi mai private, mai mult decât marile cataclisme.

A. Meyer deschide calea, publicând observaţiile sale medicale asupra acumulării episoadelor marcante. De atunci există o bogată literatură, în special în America, unde behaviorismul a pregătit terenul pentru favorizarea explicaţiei mediului în determinarea comportamentului.

Un eveniment este, într-un fel, orice experienţă de viaţă care necesită o adaptare sau duce la o modificare importantă; este, cu alte cuvinte, o discontinuitate, o ruptură puţin brutală, în cursul vieţii de fiecare zi. Un eveniment are, deci, un caracter de „exterioritate" în raport cu persoana care trăieşte evenimentul, dar trebuie în acelaşi timp să ia un sens din istoria individuală, pentru a dobândi caracterul de eveniment. De aceea, pentru a înţelege evenimentul este bine să faci mai mult decât a derula filmul peripeţiilor: trebuie să interoghezi un subiect – o persoană – şi să poţi descrie nenumăratele dimensiuni subiective şi obiective care îl structurează. Evenimentul, pe scurt, este un fapt important care se înscrie într-o biografie.

Importanţa evenimentelor

Delimitarea exactă a evenimentului este esenţială dacă dorim să evaluăm contribuţia sa la geneza bolilor psihice. La început era vorba de sumarea tipurilor de episoade întâlnite în viaţa recentă a pacienţilor cu diverse afecţiuni psihice.

Listele utilizate au ajuns rapid la 43, în versiunea originală a lui Holmes şi Rahe, pentru a ajunge rapid la 102 în Psychiatric Epidemiology Research Interview (B. Dohrenwend şi colab., 1978). Există şi variante adaptate pentru adolescenţi şi alte grupe speciale. Uneori, aceste liste de evenimente au fost construite plecând de la biografia adulţilor de vârstă medie. Dar tinerii adulţi, a căror viaţă e plină de schimbări, ating scoruri înalte.

Astfel, diversificarea listelor şi adaptarea lor la grupe de populaţii nu constituie un lucru nou în sine.

Dezavantajul vine mai degrabă din faptul că se uită ce trebuia să constituie un eveniment şi că s-au introdus uneori fapte banale sau dificultăţi de viaţă cronice. Soluţia, care consistă în includerea doar a evenimentelor considerate perturbatoare de către subiect, duce în definitiv la accentuarea confuziei, întrucât persoanele predispuse la tulburări afective riscă să fie mai tulburate de ceea ce li se întâmplă şi să bruieze rezultatele, considerând că tot ceea ce li se întâmplă este perturbator.

Este bine să amintim că evaluările subiective făcute de subiecţi nu diferă de interpretările obiective ale observatorilor externi. Pe de altă parte, cei depresivi, cunoscuţi pentru percepţia lor eronată, continuă şi după vindecare să acorde aceeaşi pondere, ca înainte, evenimentelor trăite (Zimmerman, 1983).

Este uşor de evidenţiat limita utilizării acestor inventare. Ele sunt utilizate repetat, iar insuficienţa lor este legată de prea marele lor simplism. Două metode de calcul sunt utilizate curent. Prima constă în însumarea evenimentelor raportate, uneori atât cele pozitive cât şi cele negative, alteori, doar cele negative, pentru a stabili un scor total de stres. Pare surprinzător că sunt incluse evenimente pozitive. Trebuie să menţionăm că

anumite succese necesita o adaptare, precum sunt obţinerea unui nou loc de muncă, sau câştigarea la loterie.

Oricare ar fi tipul de însumare, defectul este că le consideră egale pe toate: moartea unui copil este echivalenta cu pierderea serviciului. Pentru a contracara aceste critici, B. Dohrenwend şi colab. (1978) a cerut unor „judecători” aleşi din marele public să acorde o pondere relativa fiecărui eveniment de pe listă. Evenimentul etalon este căsătoria – căreia i se acordă, prin convenţie, 500 de puncte – iar toate celelalte evenimente trebuie ordonate în consecinţă. Plecând de la

acest reper, infidelitatea conjugală are 558 puncte, schimbarea domiciliului 437 puncte, moartea unui copil 1036 puncte – cu tendinţa de a ocupa locul întâi.

Acest mod de evaluare constituie un progres net, în ciuda limitelor enumerărilor, pentru că doar subiectul poate decide ce anume constituie pentru el un eveniment. În practică, nu pare însă necesară atâta „osteneală”, întrucât cele două tipuri de a calcula duc la rezultate foarte asemănătoare (Zimmerman, 1983).

Ameliorarea formulării criteriilor contribuie, totuşi, la ameliorarea indicilor psihometrici, întrucât coeficienţii de fidelitate sunt în general scăzuţi (Zimmerman, 1983).

Cei ce dau informaţii continuă să uite anumite evenimente, iar datarea lor este imprecisă, astfel încât întrevederile cu persoane apropiate lor face să crească numărul de evenimente de la 20% la 30%. Precizia datării este, evident, supusă ameliorării. Informatorul este invitat, de cele mai multe ori, să identifice evenimentele trăite în cursul ultimelor 12 luni. Ori, se prea poate ca evenimentele trăite în cursul a mai mult de şase luni în urmă să nu mai aibă niciun efect în momentul interviului, şi ca problema de sănătate mintală ce a decurs din aceste evenimente să fi avut timp să apară şi să dispară. Aceste inconveniente riscă să împiedice confirmarea unor ipoteze valoroase. Brown şi Harris (1978) avansează astfel ipoteza că evenimentele majore care se produc în cele trei săptămâni ce preced debutul maladiei sunt cele determinante.

Pe de altă parte, dificultatea situării cu exactitate în timp a debutului unei probleme psihopatologice, în studiile de sănătate mintală, este şi mai mare. Aceste critici se aplică la majoritatea cercetărilor. În cazul depresiei, de exemplu, cum putem preciza perioada în care simptomele au devenit suficient de numeroase pentru a atinge numărul de patru, propus de anumite definiţii? Din care moment începe scăderea în greutate, sau o adevărată disperare? Modificarea este gradată sau

bruscă? Doar studiul prospectiv ne-ar scoate din încurcătură, ceea ce ar presupune comunicarea cu informatorul la intervale regulate. Această metodă este foarte costisitoare, iar în lipsa ei, singura soluţie este o analiză retrospectivă foarte atentă în ceea ce priveşte data apariţiei şi dispariţiei episoadelor depresive sau ale altora. Anumite variabile, precum tentativele de suicid sau ideaţiile suicidare serioase, întrucât nu sunt constituite din mai multe simptome, prezintă în acest sens nete avantaje, şi este posibil să fie datate cu mai mare uşurinţă (Tousignant şi Hanigan, 1986).

Una dintre problemele cele mai controversate este de a şti dacă evenimentele sunt într-adevăr independente de voinţa celor interogaţi (Rabkin şi Struening, 1976). Sau, altfel spus, este subiectul total sau chiar parţial responsabil de ceea ce i se întâmplă? De exemplu, cum să tragi concluzia că divorţul este cauza depresiei, fără să presupui şi că cel puţin unele probleme comportamentale legate de depresie au dăunat căsătoriei? Poziţia lui Brown în această privinţă este de a nu respinge evenimentele dependente, într-o măsură sau alta, de subiect. Aceasta ar antrena, în primul rând, îndepărtarea unui număr considerabil de evenimente majore, începând cu creşterea

50 O abordare modernă a psihologiei medicale unui copil, până la anumite cazuri de şomaj. Problema fundamentală este de a şti dacă un eveniment, indiferent care este angajarea subiectului, este în măsură să arunce o persoană, deja vulnerabilă pe plan psihologic într-o stare patologică. Procesul de cauzalitate nu urmează o mişcare simplă, lineară, cum ar dori unii (Tennant et coll., 1978); el se înscrie mai degrabă într-o mişcare în spirală, iar rolul nostru este de a descrie toate meandrele ce duc la tulburări psihice.

Nu trebuie, de asemenea, să fim surprinşi dacă, în anumite studii longitudinale, ca cel al lui McFarlane şi colab. (1983) şi ale majorităţii celor care stabilesc relaţii

între scorurile scalelor la două perioade diferite, vom constata că simptomele măsurate iniţial prezic mai bine decât celelalte variabile simptomele unei perioade ulterioare de 6 luni, în pofida unei asociaţii clare între evenimentele independente şi indezirabile, şi sănătatea mintală.

Aceasta nu conduce la ipoteza că starea sănătăţii mintale este o caracteristică stabilă, care nu se va schimba decât foarte puţin în funcţie de vicisitudinile vieţii. Aceste simptome, mai mult sau mai puţin cronice, pot fi ele însele legate de anumite situaţii de viaţă durabile, şi nu trebuie să ne îndoim de importanţa etiologiei sociale în prezenţa unor astfel de observaţii.

Pe de altă parte, problema importantă este nu de a prevedea un număr de simptome la un moment dat, ci factorii care contribuie la crearea unei stări de incapacitate relativă, la o persoană, între un moment A şi un moment B. La alcoolici, de exemplu, este important să ştim ce îl determină pe un băutor mediu să treacă, la un moment dat, la un consum abuziv.

Corelaţiile dintre evenimentele de viaţă stresante şi starea sănătăţii mintale au fost destul de slabe. Doar 9% din variaţia stărilor patologice poate fi atribuită acestor evenimente (Rabkin şi Struening, 1976), iar valoarea predictivă a evenimentelor nu s-a accentuat în urma ameliorărilor instrumentelor (Kessler şi colab., 1985). Aceeaşi concluzie este împărtăşită de Brown şi Harris (1978), ştiind că majoritatea persoanelor ce trec printr-o încercare grea în decursul unui an nu cad în depresie, ceea ce corespunde observaţiei comune.

În eşantionul lor de la Camberwell, 20% dintre femeile care au traversat un eveniment serios sau o dificultate majoră de viaţă, intră în depresie în cursul anului respectiv; este o minoritate, dar este de 10 ori mai mult fată de 2% din grupul celor care nu au trăit astfel de evenimente şi dificultăţi. Procentul de 20% este totuşi impresionant. Este limpede, desigur, că există şi alţi

factori, şi că doar efectul unui eveniment major nu este suficient, de obicei, pentru a declanşa depresia.

Contribuţia evenimentelor este mai bine stabilită în cazul depresiei, decât în cel al schizofreniei, şi este, probabil, superioară în cazul tentativelor de suicid (Paylcel, 1978). Important este să ne amintim că evenimentele ar trebui să fie însoţite de alţi agenţi catalizatori pentru a deveni agenţi declanşatori eficace. Evenimentele acţionează, deci, în cadrul unui model complex.

Prin urmare, nu trebuie să punem pe picior de egalitate toate evenimentele de viaţă.

Marile tulburări lasă urme profunde asupra victimelor. Între 20% şi 40% dintre persoane nu se remit după crize mari de viaţă, chiar după o bună perioadă de timp (Silver şi Wartman, 1980).

Evenimentele critice nu trebuie, pe de altă parte, să fie reduse la agenţii destructori care demoralizează şi atacă sistemul de imunitate psihică. Studiul lui Kobasa

(1979) demonstrează ca idealul nu constă atât de evident în evitarea evenimentelor sau situaţiilor dificile, cât mai ales în expunerea în măsura în care poţi să înfrunţi aceste dificultăţi. În aceasta cercetare directorii marilor companii sunt favorizaţi, din punctul de vedere al sănătăţii, dacă sunt expuşi stresului datorat schimbărilor. Absenţa stresului împiedică cheltuirea aptitudinilor lor şi le scade vigoarea. În schimb, procesul este invers la militarii americani de carieră pe timp de pace. Evenimentul poate avea o contribuţie pozitivă în dezvoltarea persoanei: o criză ce ar fi putut provoca o deteriorare a sănătăţii mintale poate duce la o mai mare înţelepciune şi seninătate.

Contextul evenimentului

Evenimentele joacă deci, indubitabil, un rol important în etiologia tulburărilor psihice. Dar care este, oare, natura procesului care le permite să acţioneze

asupra psihicului? Explicaţiile sunt numeroase, fără să se excludă neapărat. Cercetătorii sunt de acord că evenimentele pot slăbi stima de sine, întrucât persoana are ocazia să ia cunoştinţă de limitele stăpânirii pe care o are asupra vieţii proprii, în special în caz de eşec al strategiilor utilizate pentru a face faţă încercării respective (Kessler şi colab., 1985).

O maladie cronică gravă, precum leucemia sau o dezamăgire în dragoste, ne aduc aminte cât de puţin stăpânim destinul. Scăderea autostimei este accentuată în împrejurările în care subiectul crede că ar fi putut acţiona (de exemplu, un adolescent care încearcă să împiedice separarea părinţilor). În cazul în care evenimentul are loc, în pofida expectaţiilor fireşti, pot apare confuzie şi dezorientare (de exemplu, un logodnic rupe logodna, deşi căsătoria era anunţată; un student cade la un examen considerat uşor etc.).

Evenimentul provoacă, de asemenea, o serie de neplăceri, a căror acumulare poate fi determinantă în afectarea sănătăţii mintale.

Efectele evenimentelor se pot face simţite la nivelul sistemului imunitar şi să provoace fatigabilitate sau probleme somatice, care mai devreme sau mai târziu, vor duce la stări depresive.

Se remarcă faptul că persoanele care declară că au o stare de sănătate excelentă nu au un scor ridicat de suferinţă psihologică (exceptând un procent de 10%); procentul se ridică, însă, până la 71% la cei care raportează o stare proastă a sănătăţii (Edmond, 1988).

Thoits (1983) face o excelentă sinteză a dimensiunii evenimentelor care au efecte specifice asupra stării sănătăţii fizice şi mintale. În primul rând, contrar celor postulate în prima fază a cercetărilor, cantitatea de schimbări provocate este mai puţin determinantă în comparaţie cu faptul că schimbările nu sunt dorite.

Din multitudinea de lucrări care au tratat această problemă reiese că indezirabilitatea evenimentelor este

elementul determinant în ceea ce priveşte sănătatea mintală, indiferent de tipurile de indici utilizaţi, de diagnosticele tradiţionale de depresie, schizofrenie, indiferent de suferinţa sau de comportamentele psihopatologice.

A doua dimensiune este sentimentul de stăpânire a evenimentului. Se ştie, de exemplu, că numeroasele cercetări clinice şi de laborator ce se bazează pe noţiunea de „neajutorare dobândită" au ajuns la concluzia că absenţa sentimentului de stăpânire a evenimentului era determinantă în dezvoltarea tulburărilor de tip depresiv.

Anticipaţia este o altă dimensiune importantă. Literatura demonstrează că modificările anticipate, ciclice, precum căsătoria, menopauza, pensionarea, au mai puţine

52 O abordare modernă a psihologiei medicale consecinţe asupra sănătăţii mintale decât schimbările nenormative, neprevăzute, cum sunt divorţul, boala, şomajul etc.

TRACASĂRILE ŞI MOMENTELE BUNE COTIDIENE

Lăsând de-o parte marile drame ale vieţii, anumite studii recente se interesează în mod special de necazurile şi bucuriile cotidiene. Logica invocată: tensiunile cotidiene au cel puţin tot atâta importanţă pentru sănătatea mintală a indivizilor ca şi evenimentele izolate; iar acumularea lor sfârşeşte prin a cântări mai mult în balanţă decât loviturile grele al căror impact va fi, puţin câte puţin, absorbit de timp (Karmer şi colab., 1981).

Cum este de aşteptat, micile necazuri sunt asociate cu sentimente negative, iar momentele bune cu sentimente pozitive, dar numai la femei, deoarece bărbaţii care trăiesc momente bune sunt mai înclinaţi să manifeste sentimente negative! Ceea ce trebuie reţinut este că tracasările antrenează o mai mare varianţă a scalei simptomelor decât evenimentele sau momentele

bune.

Lazarus şi colab. (1985) analizează din nou datele, clasificând tracasările în factori simptomatici, factori incerţi, şi, respectiv, factori nesimptomatici. Aceste modificări nu schimbă nimic din corelaţiile obţinute cu *scala Hopkins*, adică faptul că tracasările rămân puternic corelate cu lista de simptome psihologice. Dohrenwend şi Shrout (1985) revin şi lasă să se înţeleagă că există un factor general subiacent tuturor acestor factori independenţi, şi care ar fi reprezentat de tulburarea trăită. Cu alte cuvinte, individul afirmă, în fond, că prezintă itemii care descriu tracasările nu pentru că este într-adevăr tracasat, ci datorită dispoziţiei afective de moment.

Introducerea „tracasărilor", ca şi a „momentelor bune" printre factorii de sănătate reprezintă un aport teoretic definitiv, recunoscut chiar şi de cei care au critici serioase la adresa instrumentelor propuse.

Pe de altă parte, dacă universul trăirilor acestor tracasări îl depăşeşte pe cel al constrângerilor rolului, rămâne să se verifice dacă tracasările cotidiene pot încă să aibă importanţa lor şi în absenţa unui astfel de tip de constrângeri legate de rol. O relativă satisfacţie îi va proteja, poate, pe adulţii de vârstă mijlocie puternic angajaţi în roluri profesionale şi familiare. Pentru persoanele fără rol, sau cu un singur rol, tracasările ar putea avea consecinţe mai importante.

În concluzie, subliniem că nu vom ajunge uşor la o soluţie în abordarea evenimentelor şi a tracasărilor. Efectul interactiv „tracasări-evenimente" are acelaşi efect ca şi contribuţia lor separată.

Deci conceptul „tracasărilor" nu este suficient de fundamentat teoretic, se mai pot face reduceri ale subiectivităţii celui care răspunde în cadrul instrumentelor propuse.

CONSTRÂNGERILE ROLULUI. NATURA LOR

Cadrul prea restrâns al analizei evenimentelor poate

lăsa să se creadă că sănătatea mintală ar fi legată de accidente separate ale vieţii şi că ar fi vorba de un joc al posibilităţilor în care cel mai norocos câştigă.

Vulnerabilitate şi elemente de viaţă 53

Conceptul constrângerii rolului lansat de Pearlin (1983) este conceput ca o invitaţie de a lua mai puţin în consideraţie modificarea în sine provocată de eveniment, cât mai ales efectul uzurii capacităţii de a îndeplini obligaţiile şi rolurile în viaţă.

De ce au rolurile o astfel de importanţă? În primul rând datorită investirii afective. Interesul în ceea ce priveşte noţiunea de rol constă, de asemenea, în a vedea în ce măsură comportamentul individului este legat de macrostructurile organizatorice ale societăţii, precum şi de a înţelege în ce măsură evenimentul afectează nu doar individul, ci contextul social în care se înscrie.

Conceptul de constrângere a rolului (role străin) este definit deci prin „dificultăţile, înfruntările, conflictele şi celelalte probleme de aceeaşi natură, pe care oamenii le traversează în timp, atunci când se angajează în rolurile sociale ale vieţii” (Pearlin, 1983).

Autorul distinge şase tipuri de roluri de constrângere:

1. *Constrângerile datoriei* – cuprinde toate aspectele materiale, acţiunile ce trebuie îndeplinite, noxe, pericole sau surplus de muncă. Muncitorii situaţi de obicei la cele două extreme ale câmpului ocupaţional: a) cu sarcini repetitive; sau b) în posturi de mare responsabilitate, care sunt şi cei mai afectaţi. Constrângerea datoriei poate fi legată de disproporţia dintre venit şi efortul depus sau aptitudinile exploatate. Astfel, motivaţia se pierde şi e necesară încă mai multă energie pentru a depune o activitate.

2. Conflicte interpersonale – acestea sunt conflictele care apar între două persoane, care de obicei sunt angajate în aceleaşi situaţii de rol. Căsătoria oferă exemplul tipic. Principala sursă de insatisfacţie şi

neînţelegeri este impresia unei absenţe a reciprocităţii: un partener crede că dă mai mult decât primeşte.

Putem adăuga necazurile pe care copiii le fac părinţilor, şi invers. În domeniul profesional conflictul cu autoritatea, care atrage după sine auto-devalorizarea şi depersonalizarea, riscă să invalideze ceea ce fiecare a investit în munca lui.

Constrângerea legată de rol va fi cu atât mai mare cu cât individul este mai angajat în acel rol. Relaţiile sunt condiţionate de aşteptările actorilor.

3. Multiplicitatea rolurilor şi conflictele interpersonale – Angajamentele luate într-un anumit domeniu sunt deseori incompatibile sau în contradicţie cu cele pe care le luăm în alte domenii, şi se ajunge astfel într-o situaţie dilematică. Aceste conflicte între roluri apar mai ales la persoane care nu au posibilitatea să deplaseze temporar unul dintre roluri pe un loc secundar, în favoarea altuia.

Este situaţia femeilor, care sunt mai pasibile să dezvolte o depresie decât bărbaţii, dacă munca lor vine în contradicţie cu solicitările casnice (Pearlin.

1975).

4. Înţepenirea în rol – Acest domeniu este mai puţin analizat, dar există elemente care permit înţelegerea situaţiilor unor persoane. Este vorba de persoane care sunt profund nemulţumite de rolul în care sunt captive.

5. Schimbarea rolurilor – Intrarea şi ieşirea dintr-un rol sunt, de fapt, evenimente critice, care vor fi discutate aparte.

6. Restructurarea rolurilor – Se întâmplă uneori că ajungem în situaţia să schimbăm poziţia într-o relaţie care ne-a legat de o persoană, de exemplu:

grija de părinţii care ne-au crescut, fiul unei mame divorţate devine prematur confidentul acesteia etc. Exemplele arată că inhibiţia determinată de comportamente învăţate şi adoptarea unor comportamente contrare pot produce o tensiune foarte

mare.

1.

54 O abordare modernă a psihologiei medicale

După cum remarcă Pearlin, lucrările asupra constrângerilor rolurilor se adresează în special populaţiei active, care munceşte şi evoluează într-o familie.

Exemplele constrângerii rolului sunt propuse în special de lucrările asupra sănătăţii şi muncii (Kast, 1984).

Thoits (1983) demonstrează, la rândul său, faptul că evenimentele în sine nu provoacă tulburări psihologice serioase dacă nu sunt acompaniate de constrângeri ale rolurilor. Copiii care trăiesc evenimente familiare negative nu prezintă tulburări de comportament dacă familia nu trăieşte tensiuni anormale în acea perioadă (scandaluri în căsătorie, probleme economice etc.). Pierderea serviciului şi prăbuşirea mariajului în acelaşi timp nu provoacă o creştere a simptomelor decât în cazul în care există o intensificare a problemelor vieţii cotidiene.

Un alt argument important susţine contribuţia mai puternică a stresului cronic în raport cu impactul pe care evenimentele îl au. Procentul de maladii mintale şi de probleme psihologice este mai mare în grupurile defavorizate economic şi de celibatari, dar grupurile mai favorizate economic şi necăsătoriţii raportează un număr mai mare de evenimente (Thoits, 1983).

ABORDAREA SOCIO-CLINICĂ A LUI BROWN ŞI HARRIS

Lucrările echipei de la colegiul Bealford din Londra, constituită în principal din G. Brown, T. Harris şi A. Bigulco, merită o atenţie specială datorită contribuţiei lor excepţionale în epidemiologia psihiatrică. Munca imensă depusă de la începutul anilor ’70 în domeniul originilor sociale ale depresiei la femei a propus o abordare originală şi mult mai globală decât ceea ce era

în general oferit de literatura existentă la acea dată. Panoplia instrumentelor dezvoltate pentru măsurarea conceptelor cheie ale modelului lor este constituită de interviul clinic de tip semidirijat. Timpul de înregistrare (redactare) este relativ lung.

Corpusul de referinţă pentru codificare nu este restrâns la părţi din interviu privitoare la unele concepte, ci este extins la toate informaţiile primite în timpul interviului. Este, deci, o abordare calitativă.

Modelul propus se complexifică pe măsură ce caută să integreze reflecţiile asupra noţiunii de rol, în acelaşi timp ca variabile ale micii copilării, şi ca transmitere a vulnerabilităţii până la vârsta adultă. Sunt puţine variabile de epidemiologie socială pe care nu le vom regăsi în acest model.

Un efort special de integrare permite evaluarea fiecărui aspect în cronologia lanţului etiologic. De altfel, protocoalele de cercetare conţin o mulţime de detalii bibliografice asupra cărora este totdeauna posibil să se revină înainte de a verifica mecanismele şi de a verifica corelaţiile rezultate sau raţiunile pentru care anumiţi subiecţi devin ipoteze de plecare.

O a treia caracteristică definind demersul acestei echipe este preocuparea constantă de a înţelege în ce fel se constituie relaţii între variabile, şi cum aceste procese sunt reflectate în conştiinţa subiectului.

De asemenea, conceptul de semnificaţie, adică înserarea unui eveniment sau a unui factor de vulnerabilitate în istoria subiectului, cu toată gama de reacţii emotive provocate, ocupă un loc central în înţelegerea lanţurilor cauzale între componentele emoţiilor teoretice.

Life Events and Difficulties Schedule (*LEDS*) este unul dintre instrumentele reprezentative folosite; el acoperă evenimentele trăite de informator în cursul ultimului an. Acest ches-Vulnerabilitate şi elemente de viaţă tionar acordă un punctaj unor evenimente de viaţă

şi apoi stabileşte un scor final care anunţă existenţa unei crize majore de viaţă sau, din contră, absenţa unor probleme semnificative.

EVENIMENTE	Punctaj
Decesul unuia dintre soţi	100
Pierderea credinţei religioase	100
Divorţ	75
Separarea soţilor	65
Închisoare	65
Pierderea reputaţiei	60
Moartea unui membru apropiat al familiei (altul decât soţul)	60
Pierderea încrederii de sine	60
Vătămarea fizică sau boală	50
Reîmpăcarea soţilor	50
Pensionarea	50
Schimbarea sănătăţii unui membru de familie	45
Graviditatea	40
Dificultăţi sexuale	40
Creşterea numărului membrilor de familie	40
Modificări în afaceri sau la serviciu	40
Schimbarea reşedinţei	40
Modificări ale stării financiare	35
Moartea unui prieten apropiat	35
Schimbarea profesiei	35
Exacerbarea tensiunilor conjugale	35
Pierderea unor împrumuturi sau garanţii	30
Preluarea unei răspunderi financiare majore	30
Schimbarea în responsabilităţile profesionale	30
Părăsirea căminului de către un copil	30

Conflicte cu rudele	30
Realizări personale ieşite din comun	30
Schimbarea în condiţiile de viaţă	25
Probleme cu şefii	25
Modificări în activităţile de la biserică	20
Schimbarea orelor de serviciu şi a condiţiilor de lucru	20
Schimbarea programului şi a condiţiilor de somn	15
Schimbări în activităţile sociale	15
Concediu	15
Crăciun, Anul Nou	15
Mici conflicte cu legea	15

Principalul său avantaj este de a aborda examinarea fiecărui sector de viaţă (sănătate, viaţa conjugală, serviciu), cu întrebări deschise care permit să se recolteze evenimente puţin frecvente sau chiar absente în listele uzuale. LEDS poate, de asemenea, să surprindă evenimente reprezentate de o schimbare cognitiva brusc instalată, presupunând „o schimbare ulterioară”.

Una dintre dimensiunile cele mai importante ale evenimentelor şi pe care se sprijină pentru a le măsura gravitatea este ameninţarea pe termen lung. Se înţelege prin aceasta un eveniment care continua să cauzeze în mod obişnuit necazuri serioase după mai multe zile. De exemplu, să fii martor la un accident de circulaţie poate fi un eveniment tulburător, dar nu neapărat pentru un interval lung de timp, în comparaţie cu experienţa pierderii serviciului sau a morţii soţului.

Ameninţarea este în raport de istoricitatea subiectului, respectiv cu scopurile, proiectele şi interesele lui. O ameninţare este deci ceva care, cel puţin două săptămâni după producerea evenimentului, va continua să pună în pericol interese importante pentru persoană.

Analiza contextului de ansamblu permite în mod egal de a judeca un eveniment în raport cu altele survenite în cursul aceleiaşi perioade.

Unii, cum ar fi Tennant şi colab., avansează ideea că ceea ce măsoară de fapt această metodă nu este un eveniment adevărat, ci un fel de indice de stres social, pentru că evenimentul este judecat în contextul circumstanţelor care îl înconjoară. La aceasta, Brown şi Harris răspund că, în definitiv, proiectul lor este dincolo de dezbaterile conceptuale.

Întrucât scopul este nu de a separa noţiuni purificate, ci şi de a reconstrui situaţii care prezic cu acuitate apariţia tulburărilor psihice.

Demersul lor constă, deci, în a concepe un model de producere socială a depresiei, de a-l face operaţional şi de a-l verifica empiric; şi, în final, de a desprinde modelul care ţine cel mai bine seama de rezultatele obţinute.

LEDS nu se mulţumeşte, aşa după cum am subliniat, să considere numai evenimentele; el cuprinde şi o întreagă serie de dificultăţi de viaţă, a căror natură este mai cronică; respectiv, acestea sunt, în general, de o durată mai mare de 6 luni. De asemenea, în contextul socio-economic (creşterea unei chirii, spaţiul neadecvat, venituri insuficiente) sau în cazul unor neînţelegeri cu şeful, aceste dificultăţi reprezintă totuşi dificultăţi care vor fi codificate independent în protocol. De aici, o scală în şase trepte, care permite departajarea dificultăţilor în funcţie de gravitatea lor. O analiză atentă a temelor acoperite permite să se vadă ca ele înglobează elemente esenţiale ale tracasării cotidiene, ca şi probleme de rol.

Modelul implică, deci, conjugarea evenimentelor şi a dificultăţilor; în studiul de la Camberwell (1978), 40% dintre evenimente sunt considerate ca majore, nu din cauza principalului lor impact, ci pentru că sunt asociate cu dificultăţile serioase.

Pe de altă parte, un sfert dintre evenimente produc o dificultate serioasă prin impactul şi consecinţele lor pe

termen lung, ceea ce le transformă în evenimente majore.

Problema de interpretare subliniată de autori este de a şti de ce o dificultate poate avea consecinţe atât de tardive. Uzura pe termen lung sau incidenţa unui eveniment suplimentar acţionează în final precum un declanşator.

Evenimentul nu este pe plan conceptual radical diferit de dificultatea de viaţă, decât prin caracterul său mai restrâns în timp.

Cea de-a treia axă a acestui model este formată din factorii de vulnerabilitate, definiţi ca ansamblul caracteristic al stărilor unei persoane care fac să crească riscul de patologie în prezenţa unui agent declanşator, respectiv un eveniment sau o dificultate.

Vulnerabilitate şi elemente de viaţă 57

Studiul femeilor din mediile defavorizate ale cartierului Camberwell din Londra a permis să se pună în lumină 4 mari factori de vulnerabilitate: absenţa unui raport intim cu soţul, pierderea mamei la o vârstă mai mică de 11 ani, prezenţa acasă a 3 copii mai mici de 14 ani, absenţa unei munci remunerate. Conceptul care integrează toţi aceşti factori de vulnerabilitate este stima de sine.

Slaba stimă de sine, de exemplu, nu este necesar să fie permanentă. Ea poate fi întreţinută de o situaţie obiectivă exterioară care, în cea mai mare parte a timpului, constă într-o absenţă a susţinerii sociale sau într-o relaţie negativă cu anturajul.

Factorii de vulnerabilitate identificaţi au în comun faptul că realizează o frustrare, fie a unei trebuinţe psihologice bazale, fie a unei nevoi de securitate sau de afecţiune în cazul lipsei de susţinere sau a pierderii mamei la vârstă mică, fie a unei nevoi de afirmare, în cazul unei femei „prizoniere” în căminul său.

Modelul implică aici că aceşti factori induc afecte negative: tristeţe, plictiseală, furie, fără ca prin aceasta

să provoace tulburări psihice. Trebuie să intervină o agresiune mai directă – un agent declanşator – pentru ca depresia să fie însoţită de tulburări.

Ar fi, totuşi, fals de a concepe un factor de vulnerabilitate ca pe un simplu fundal, acţionând în mod pasiv.

În acest sens, factorul de vulnerabilitate care este lipsa de atenţie din partea părinţilor în timpul copilăriei, conduce la o dinamică care antrenează situaţii care produc evenimente. Se poate chiar ajunge la situaţia ca acelaşi obiect să fie sursa de vulnerabilitate şi, totodată, agent declanşator.

IMPORTANTA INTERACŢIUNILOR

Cercetări pe eşantioane de populaţie, în ultimii 10 ani, nu lasă niciun dubiu asupra importantei etiologice a evenimentelor majore şi a dificultăţilor serioase de viaţă pentru a explica debutul unui episod depresiv.

Cercetarea cea mai recentă făcută în cartierul Islington din Londra a permis realizarea unui pas înainte considerabil pentru înţelegerea impactului anumitor evenimente majore, care corespund unor roluri sau dificultăţi.

S-au distins de altfel evenimente – E – care sunt asociate unui angajament profund de implicare într-unul dintre cele 5 domenii următoare: copii, căsătorie, munci casnice, servicii şi activităţi exterioare.

Nu este necesar ca persoana să fie fericită în acest aspect al rolului său. Determinantă este valoarea, idealul investit în acest domeniu. Aceste rezultate au dat dreptate lui Pearlin şi Schooler care au scos în relief importanţa rolului, precizând că evenimentul legat de rol, mai mult decât dificultăţile cronice, este cel determinant în etiologia depresiei.

Un al doilea tip de corespondenţă provine din conjugarea între un eveniment major şi o dificultate subiacentă. Acest tip de eveniment este numit eveniment D. Dificultatea trebuie să se întindă pe mai mult de 6

luni, dar nu este cazul ca ea să fie cauza evenimentului. O serie de cercetări ulterioare au permis determinarea, în primul rând, a faptului că aceste evenimente sunt, în general, mai grave decât cele non-D. Şi o a doua caracteristică este aceea că evenimentele D provoacă mult mai adesea o reacţie de disperare.

Cel de-al treilea tip de corespondenţă identificată este cel care asociază evenimentul unui conflict de roluri: evenimentul R. Acest conflict poate să decurgă la fel de bine dintr-o tensiune între două roluri, cel de mamă şi cel de salariată, sau dintr-o ten

58 O abordare modernă a psihologiei medicalesiune înăuntrul aceluiaşi rol. Se vorbeşte aici, de preferinţă, de o ambiguitate a rolurilor. Evenimentele R sunt încă o dată corelate cu depresia, dar efectul lor îl reia aproape integral pe cel al evenimentelor D.

PRINCIPIUL SUMARII

Utilizatorii de liste de evenimente considera stresul ca egal cu suma evenimentelor trăite, dar trebuie să spunem că probele actualei ecuaţii sunt departe de a fi convingătoare

Echipa de la Bedford a fost total sceptică în raport cu această poziţie. Ea este mai curând de acord că singur evenimentul major este suficient ca să provoace depresie şi că efectul său nu are nevoie de a fi amplificat de un alt eveniment independent.

Analizele eşantionului de la Islington i-au confirmat opinia. Singura excepţie valabilă apare atunci când evenimentele majore sunt legate între ele şi când unul din cele 3 tipuri de corespondenţă este prezent. Cu cât mai mult un eveniment are corespondenţe, cu atât el riscă să conducă la depresie.

La femeile care au trăit un eveniment major, rata de depresie este de 27% – dacă există o singură corespondenţă; 50% – dacă există 2 corespondenţe; şi 100% dacă există 3 corespondenţe. Ca urmare a analizei care a regrupat protocoalele unde s-au observat 2

evenimente majore s-a propus un indice de legătură – *link*, pentru a face distincţia între evenimente care au o relaţie între ele şi cele care n-au.

Problema de a cunoaşte dacă 2 evenimente nelegate pot să-şi combine efectele nu este încă definitiv rezolvată.

Echipa de la Bedford, în pofida poziţiei sale contrarii de la început, întrevede că ar putea găsi aici un efect de sumare, fără a se putea împiedica totodată să-l citeze pe Thomas Hardy, pentru care două probleme simultane nu vor forma niciodată o problemă dublă, şi care evocă faptul că „un necaz te poate face să-l uiţi pe altul!”

VULNERABILITATE ŞI AGENŢI DECLANŞATORI

Factorul de vulnerabilitate este nici mai mult nici mai puţin un catalizator care amplifică efectul unui agent declanşator, fie el eveniment major sau dificultate de viaţă serioasă, şi care nu este eficace decât în legătură cu aceştia.

Alţi factori în afara celor anterior menţionaţi sunt: măsura aprecierii stimei de sine, relaţiile negative cu personaje-cheie din anturaj şi chiar importanţa absenţei suportului social în timpul crizei.

Interesul acordat pierderii mamei a fost – printre altele – înţeles ca o carenţă a îngrijirilor din partea părinţilor sau a substituenţilor parentali.

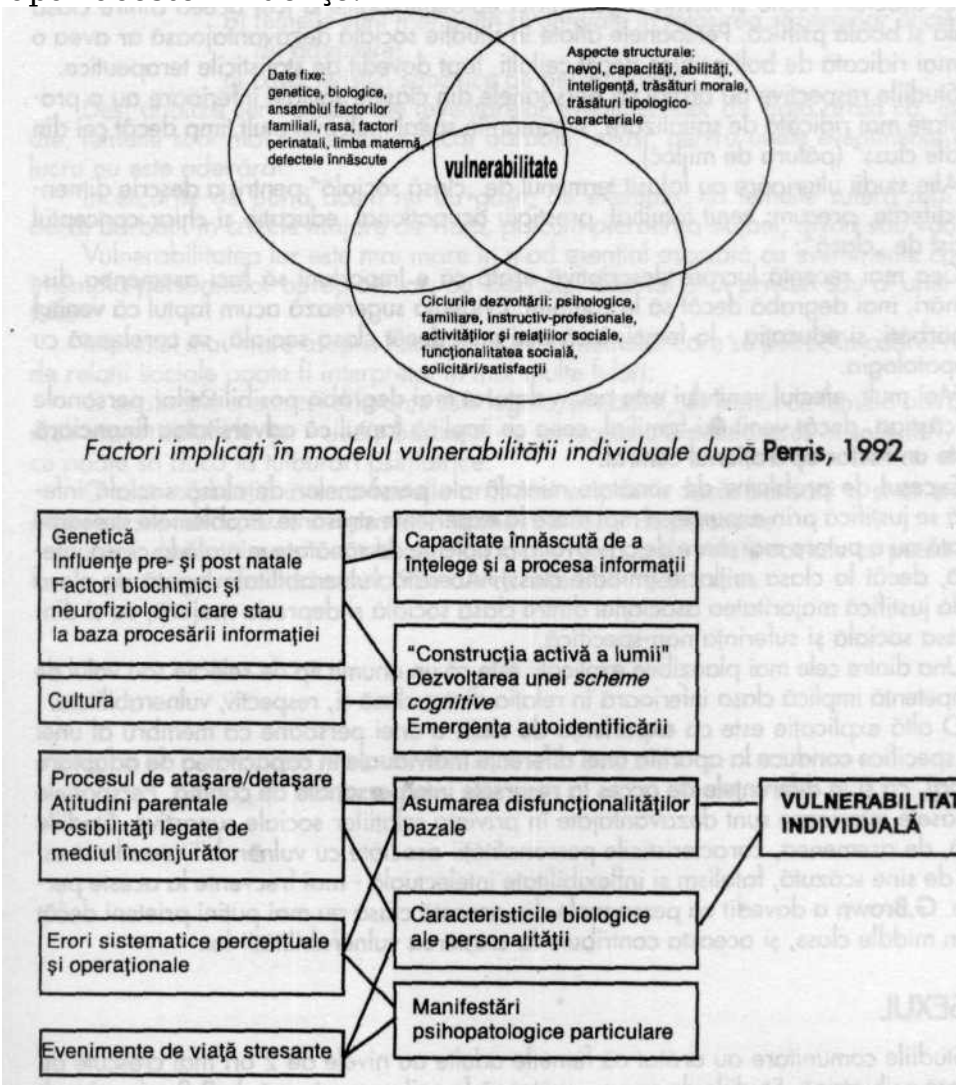
SUPORT SOCIAL

Termenul de suport social a fost larg folosit pentru a desemna mecanismele prin care relaţiile interpersonale protejează persoanele de efectele dăunătoare ale stresului.

S-a susţinut existenţa unei relaţii consecvente între bolile psihiatrice şi factori precum: expresia receptării pozitive (încurajatoare), expresia de acord (aprobare) a convinge-Vulnerabilitate şi elemente de viaţă 59

rilor şi sentimentelor unei persoane, încurajarea exprimării deschise a opiniilor, oferirea de sfaturi sau de informaţii.

Problema dacă fiecare din aceste aspecte ale suportului sunt asociate cu vulnerabilitatea în cazul bolilor psihice s-a cercetat de către numeroase echipe. Rezultatele sugerează intens faptul că suportul social poate oferi protecţie împotriva tulburărilor emoţionale legate de crizele de viaţă. Totuşi, experimentele cu care s-a intervenit nu au reuşit să explice mecanismul prin care apar aceste influenţe.



Factori implicaţi în modelul vulnerabilităţii individuale după **Perris, 1992**

Factorii de vulnerabilitate au luat locul central în cercetarea diferenţelor dintre grupuri. Aceste cercetări au arătat consecvent că există diferenţe de grup în vulnera

60 O abordare modernă a psihologiei medicalebilitatea la stres. Rezulta şi ca aceşti factori joaca un rol important în explicarea diferenţelor în frecventa de apariţie a bolilor psihice.

M. Lăzărescu afirma că vulnerabilitatea este un concept modern care tinde să ia locul conceptului greu comprehensibil de *determinism endogen*.

CLASA SOCIALA

O asociere veche şi fermă a psihiatriei epidemiologice a fost aceea dintre clasa socială şi boala psihică. Persoanele aflate în situaţie socială dezavantajoasă ar avea o rată mai ridicată de boli psihice decât ceilalţi, fapt dovedit de statisticile terapeutice.

Studiile respective au arătat că persoanele din clasele sociale inferioare au o probabilitate mai ridicată de spitalizare, şi rămân în spital mult mai mult timp decât cei din „middle class" (pătura de mijloc).

Alte studii ulterioare au folosit termenul de „clasă socială" pentru a descrie dimensiuni diferite, precum: venit familial, prestigiu ocupaţional, educaţie şi chiar conceptul marxist de „clasă".

Cea mai recentă lucrare descriptivă arată că e important să faci asemenea discriminări, mai degrabă decât să le combini. Evidenta sugerează acum faptul că venitul – la bărbaţi, şi educaţia – la femei, încă mai mult decât clasa socială, se corelează cu psihopatologia.

Mai mult, efectul venitului este acum datorat mai degrabă posibilităţilor personale de a câştiga, decât venitului familial, ceea ce implică faptul că adversitatea financiară nu este un factor operaţional central.

Excesul de probleme de sănătate mintală ale persoanelor de clasă socială inferioară se justifică prin expunerea mai mare la experienţe stresante. Problemele

stresante de viaţă au o putere mai mare de a provoca probleme de sănătate mintală la clasa inferioară, decât la clasa mijlocie (middle class). Această vulnerabilitate legată de clasa socială justifică majoritatea asociaţiei dintre clasa socială şi depresia majoră, ca şi dintre clasa socială şi suferinţa non-specifică.

Una dintre cele mai plauzibile explicaţii este că un anumit tip de selecţie sau valul de incompetentă implică clasa inferioară în relaţia dintre clasă şi, respectiv, vulnerabilitate.

O altă explicaţie este că experienţa de viaţă a unei persoane ca membru al unei clase specifice conduce la apariţia unei diferenţe individuale în capacitatea de adaptare (coping), ca şi în diferenţele de acces la resursele interpersonale de coping. Persoanele din clasele inferioare sunt dezavantajate în privinţa relaţiilor sociale suportive. Studiile indică, de asemenea, caracteristicile personalităţii asociate cu vulnerabilitatea la stres: stimă de sine scăzută, fatalism şi inflexibilitate intelectuală – mai frecvente la aceste persoane. G. Brown a dovedit că persoanele din această clasă au mai puţini prieteni decât cei din middle class, şi aceasta contribuie la creşterea vulnerabilităţii lor.

SEXUL

Studiile comunitare au arătat că femeile adulte au nivele de 2 ori mai crescute de suferinţă psihiatrică. Studiile de caz au arătat că femeile raportează de 2 – 3 ori mai mult decât bărbaţii un istoric de boală afectivă. Cele mai multe cercetări au fost făcute pe această categorie de boli în ultimii 10 ani, pe 2 direcţii principale:

1. Evaluarea indirectă a stresului legat de rol: În ultimul deceniu perspectiva dominanta era aceea că femeile sunt relativ dezavantajate faţă de bărbaţi, pentru că rolurile lor le expun la un stres cronic mai mare.

2. A doua direcţie a examinat evenimentele

stresante. S-a arătat că, în prezicerea suferinţei nespecifice, există o interacţiune semnificativă între sex şi evenimentele neplăcute, femeile părând mult mai vulnerabile decât bărbaţii.

În legătură cu aceasta s-au avansat următoarele ipoteze:

a) femeile sunt dezavantajate în accesul la suportul social;

b) femeile sunt mai puţin avantajate în folosirea strategiilor eficiente de adaptare;

c) caracteristici specifice de personalitate.

Deşi analize centralizate ale inventarelor evenimentelor de viaţă arată că, în medie, femeile sunt mai vulnerabile decât bărbaţii, totuşi, pentru unele evenimente acest lucru nu este adevărat.

Încercările de până acum nu au găsit, de exemplu, că femeile suferă mai mult decât bărbaţii în crizele majore de viaţă, precum pierderea slujbei, divorţ sau văduvie.

Vulnerabilitatea lor este mai mare în mod esenţial asociată cu evenimente care se întâmpla persoanelor apropiate lor; de exemplu: decesul unui prieten sau al unei prietene.

Impactul mai mare asupra femeilor al evenimentelor care se petrec în cadrul reţelei de relaţii sociale poate fi interpretat în mai multe feluri:

O explicaţie a acestei diferenţe este legată, probabil, de faptul că femeia oferă mai mult suport celor din jur – decât bărbatul – şi că aceasta creează stres în solicitări, ceea ce poate să ducă la tulburări psihiatrice.

O altă explicaţie este că femeile ar fi mai empatice decât bărbaţii şi şi-ar extinde interesul şi preocupările asupra unei game mai largi de persoane.

Pare, deci, că evenimentele care au loc în reţeaua de relaţii sociale ar putea justifica o parte semnificativă a relaţiilor dintre suferinţă – sex – stres.

CAPITOLUL 5

COMUNICAREA ŞI RELAŢIA MEDIC-PACIENT

A comunica semnifică a pune sau a avea ceva în comun.

L. Sfez

Ceea ce plasează insul în chip fundamental în existenţa umană este comunicarea, relaţia fiinţă cu fiinţă care probabil nu are replică în univers.

E. Pamfil

Fereastra DONA

Factori care perturbă comunicarea

Comunicarea medic-pacient

Relaţia medic-pacient

Modelul biopsihosocial

Comportamentul faţă de boală

Relaţia medic-pacient

Modele ale relaţiei medic-pacient

Stabilirea relaţiei

Transfer şi contratransfer

Medicii ca pacienţi

Medicul şi patologia psihologică profesională

Evaluarea sindromului de burnout la medici şi personalul medical

Câteva ipostaze speciale ale relaţiei medic-pacient

Aspecte ale dinamicii relaţiei medic-pacient

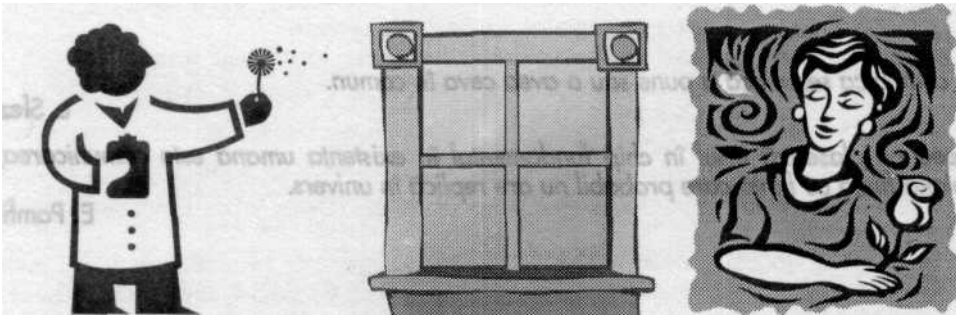
Formular pentru observarea şi evaluarea comunicării interpersonal medic-pacient

FEREASTRA DONA

O bună comunicare este o condiţie fără care desfăşurarea actului medical de calitate este doar o utopie. Descoperirea adevăratei naturi a problemelor pacientului, traducerea acesteia într-un diagnostic şi comunicarea acestui diagnostic pacientului depind în mare măsură de o bună comunicare între doctor şi pacient. Satisfacţia pacientului, complianţa la tratament şi rezultatele acestui tratament depind de aseme

O abordare modernă a psihologiei medicale nea de calitatea acestei interacţiuni între medic şi pacient. Mai

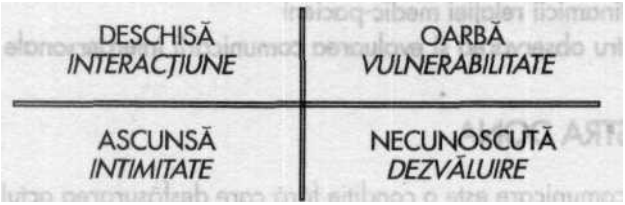
mult, nevoia unei bune comunicări este proporţională cu durata pe care îngrijirile de sănătate se desfăşoară şi creşte în momentul în care se face translaţia de la îngrijirile suferinţelor acute la cele ale suferinţelor cronice.



Comunicarea medic-pacient este o comunicare directă, faţă în faţă, nemediată şi neformalizată. Între cei doi subiecţi ai transferului de informaţie are loc un schimb continuu de informaţii, care îi conduce pe fiecare din cei doi parteneri către obiectivele precise ale întrevederii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalităţile practice de acţiune. În afara acestui fascicol de informaţii, să-i zicem central, are loc şi o altă trecere de mesaje secundare, care permit răspunsul La o serie de probleme „periferice”. Totuşi, calitatea relaţiei şi gradul de satisfacţie personală privind comunicarea, sunt date de suma celor două transferuri de informaţii: central şi periferic, precum şi de angajamentul în procesul de comunicare al celor doi parteneri medic/pacient. Pentru a încerca să lămurim mai atent felul în care relaţia de comunicare se derulează, am apelat la conceptul de fereastră de comunicare.

Aceasta este conceptualizată ca având patru zone pătrate prin care cei doi parteneri, faţă în faţă, comunică. Unul este doctorul, pe care l-am numit DO, iar celălalt este pacientul/pacienta pe care îl vom numi NAE sau NAdia pentru a reuşi o formulă memotehnică a

zonelor ferestrei DONA.



Zona D reprezintă comportamentul cunoscut de sine şi de ceilalţi. Acesta arata în ce măsură două sau mai multe persoane pot da şi primi în mod liber, pot lucra împreună, se pot bucura de experienţe comune. Cu cât este mai mare acest pătrat, cu atât

Comunicarea şi relaţia medic-pacient 65

contactul persoanei respective cu realitatea este mai bun şi cu atât este persoana mai pregătită să-şi ajute prietenii şi pe sine însuşi.

Zona O, zona oarbă, reprezintă comportamentul necunoscut de către sine, dar care este evident pentru ceilalţi. Cea mai simplă ilustrare a acestui pătrat o reprezintă ticurile sau ticurile verbale, de care persoana respectivă nu este conştientă, dar care sunt evidente pentru ceilalţi. De exemplu, tendinţa de a vorbi mult în cadrul unui grup poate fi evidentă pentru toată lumea, în afara celuia care o face.

Zona N este zona activităţii necunoscute unde comportamentul nu este cunoscut nici de individ, nici de ceilalţi. Ştim că această zonă există pentru că, atât individul, cât şi ceilalţi cu care acesta intră în contact, descoperă din când în când noi comportamente care existau de fapt dintotdeauna. Un individ poate fi surprins, de exemplu, de faptul că preia conducerea grupului într-un moment critic, sau o altă persoană poate descoperi că individul respectiv este foarte capabil să împace fracţiuni aflate în război.

Zona A reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns celorlalţi. Acest pătrat se mai numeşte şi Agenda ascunsă. De exemplu, cineva doreşte să primească o anume sarcină de la şeful său pentru a

ieşi în evidentă prin ducerea la bun sfârşit a sarcinii respective, dar nu-i spune şefului de ce doreşte această sarcină şi nici nu încearcă într-un mod prea evident să o obţină.

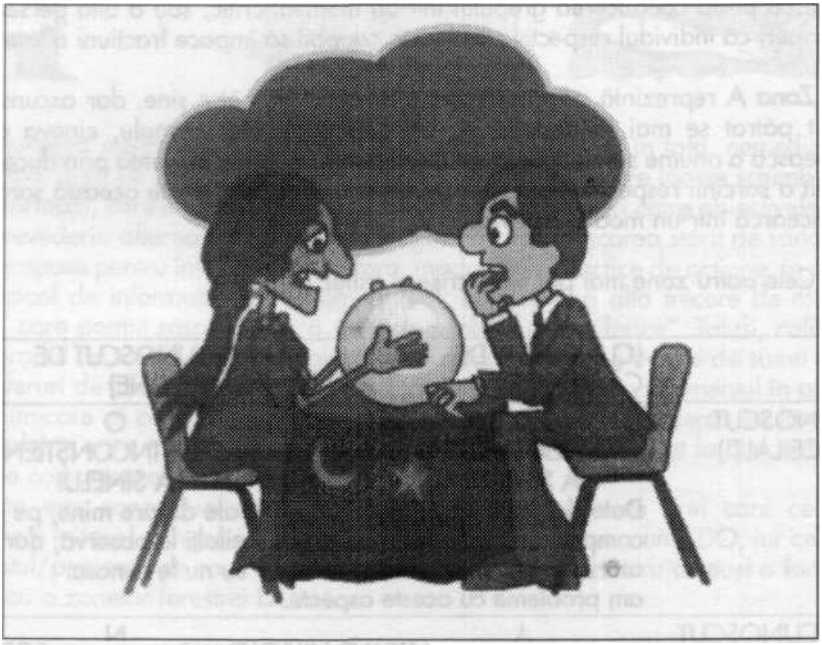
Cele patru zone mai pot fi descrise şi astfel:

	(CUNOSCUT DE CĂTRE SINE)	(NECUNOSCUT DE CĂTRE SINE)
(CUNOSCUT DE CEILALŢI)	D PARTEA PUBLICĂ A SINELUI Date despre mine şi comportarea mea, cunoscute atât mie, cât şi celorlalţi. Nu am probleme cu aceste aspecte.	O PARTEA INCONŞTIENTĂ A SINELUI Date despre mine, pe care ceilalţi le observă, dar pe care eu nu le cunosc.
(NECUNOSCUT DE CEILALŢI)	A PARTEA PRIVATĂ A SINELUI Date despre mine, pe care le ştiu numai eu şi sunt necunoscute de ceilalţi.	N PARTEA POTENŢIALĂ A SINELUI Date despre mine, care sunt necunoscute stât pentru mine, cât şi pentru ceilalţi.

O serie de factori pot perturba comunicarea dintre medic şi pacient. Aceştia pot fi grupaţi, în mod didactic, în următoarele trei categorii: factori fizici, factori interni şi factori semantici. Dintre factorii fizici, care au o acţiune de distorsionare a mesajului, vom enumera:

O abordare modernă a psihologiei medicale

1. deficienţele verbale (bălbismul, bolile laringiene)
2. deficientele acustice (hipoacuzia, surditatea)
3. amplasamentul (poziţia vorbitorului în raport cu ascultătorul)
4. iluminarea (slaba iluminare împiedica receptarea comunicării non-verbale)
5. temperatura (căldura excesivă sau frigul crează o stare neplăcută celor doi parteneri)
6. ora din zi (în cea de a doua parte a zilei comunicarea devine mai dificilă datorită acumulării oboselii)
7. durata întâlnirii (întâlnirile pe fugă sau prea prelungite sunt ineficiente)



OCHIUL IA ŞI DĂ ÎN ACELAŞI TIMP

FAŢĂ ÎN FAŢĂ

→	←
EU ÎL VĂD PE CELĂLALT	CELĂLALT MĂ VEDE PE MINE
D: CE ŞTIU EU DESPRE MINE	D: CE ŞTIE ALTUL DESPRE MINE
O: CE ŞTIE ALTUL DESPRE MINE	O: CE NU ŞTIU EU DESPRE MINE
N: CE NU ŞTIU NICI EU DESPRE MINE	N: CE NICI ALTUL NU ŞTIE DESPRE M
A: CE ŞTIU EU DESPRE MINE	A: CE NU ŞTIE ALTUL DESPRE MINE

Dintre factorii interni pot perturba comunicarea următoarele situaţii:

1. implicarea afectivă (atât implicarea pozitivă, cât şi negativă tulbură precizia comunicării, precum şi felul în care ea este percepută de auditor);

2. frica (teama comunicatorului că, prin ceea ce comunică, ar putea intra într-o situaţie neplăcută sau cea a ascultătorului – că ar putea auzi lucruri neconvenabile, vor perturba mesajul);

3. ameninţarea statutului (dacă cel ce comunică nu este sigur de faptul că ceea ce comunică nu îi ameninţă imaginea personală, va evita să transmită mesajul complet sau va denatura anumite părţi din el);

4. presupuneri subiective (dacă vorbitorul crede că ascultătorul îi este ostil sau indiferent şi mesajul va fi distorsionat);

5. preocupări ascunse (dacă unul din parteneri are o preocupare diferită decât scopul pentru care se află în

relaţia de comunicare – pecuniară, erotică – mesajul va fi perturbat);

6. fantasme (dacă medicul sau pacientul au o anumită imagine, pozitivă sau negativă, despre propria persoană diferită de realitate, aceasta va influenţa negativ comunicarea).

Dintre factorii semantici care perturbă mai frecvent comunicarea menţionăm următoarele categorii:

1. vocabularul incomplet sau prea tehnicist vor face imposibilă comunicarea;

2. gramatica (greşelile gramaticale vor denatura comunicarea, scăzând relaţia de încredere şi depreciind imaginea celui care le face, mai ales atunci când acesta este medicul);

1.

3. sintaxa (construcţiile verbale prea complicate sau după modelele altor limbi, perturbă relaţia de comunicare.

4. conotaţiile emoţionale ale unor cuvinte (anumite cuvinte, cu semnificaţie deosebită pentru unul dintre partenerii comunicării, vor perturba mesajul prin polarizarea atenţiei sau suprasemnificarea unor fragmente de mesaj)

COMUNICAREA MEDIC – PACIENT

În opinia lui A. Restian (1997) practica medicală are ca fundament interpretarea comunicării non-verbale, observaţia atentă. Informaţiile non-verbale pe care le transmite pacientul sunt de natură fizică, biologică, medicală, socială, culturală. Din punct de vedere medical, prin informaţiile non-verbale pe care le culege, medicul adună date semiologice esenţiale pentru demersul său diagnostic, date cu valoare aproape absolută în specialităţi ca dermatologia sau neurologia. Faciesul, aspectul pielii, atitudinile, mişcările, mersul, scrisul, pot da informaţii valoroase în multe afecţiuni. Acest autor atrage atenţia asupra comunicării non-

verbale care interesează în egală măsură celălalt element al binomului medic-pacient. Pacientul la rândul său examinează şi urmăreşte medicul în tot ceea ce înseamnă atitudinea sa.

Medicul nu trebuie să uite niciodată că prin comportamentul său el comunică ceva pacientului. Pacientul sesizează dacă medicul este atent, interesat de relatarea sa, îi apreciază atitudinea calmă şi răbdătoare, vocea adaptată situaţiei. Pacientul nu iartă niciodată atitudinea de dezinteres, de ignorare pe care o are uneori un medic. T. Ridică şi D. Costea subliniază faptul că medicul trebuie să fie atent la propriile-i gesturi şi reacţii (clătinarea capului, aerul neliniştit etc.) pe care bolnavul le interpretează imediat dar despre care nu îndrăzneşte să vorbească. Aceiaşi autori afirmă că relatările rezultatelor încă nesigure ale unor examene sunt profund dăunătoare ca şi examinările abuzive sau prelungirea nejustificată a tratamentelor.

RELAŢIA MEDIC-PACIENT

Relaţiile dintre doctori şi pacienţi implică o varietate de impresii contrarii, mergând de la idealizarea romantică până la disperare cinică. Referitor la elementele ei de bază, relaţia este caracterizată prin percepţiile pe care fiecare participant le are despre interesele, motivaţiile, capacitatea de înţelegere a celuilalt şi respectul acordat celuilalt. După modul în care fiecare participant îşi joacă rolul, bazat pe diferite expectaţii se pot crea premizele, fie pentru o relaţie satisfăcătoare şi eficientă, fie pentru alta suspicioasă cu frustrări şi dezamăgire.

Pacienţii sunt în mod tipic toleranţi faţă de limitele terapeutice ale medicinei într-un context în care se simt respectaţi şi ascultaţi în mod autentic de către medic.

Doctorii lucrează cu oameni bolnavi şi nu cu sindroame patologice, iar oamenii bolnavi aduc în relaţia medic-pacient o influenţă complexă între factorii biologici, forţele psihologice şi condiţiile sociale. Un

doctor care nu înţelege inevitabilitatea acestor influenţe va nesocoti sau va fi lipsit complet de informaţiile relevante pentru diagnostic, tratament, complianţă şi prognostic.

Comunicarea şi relaţia medic-pacient 69

MODELUL BIOPSIHOSOCIAL

G. Energel a fost cel mai important susţinător al bolii care pune accentul pe abordarea integrată, sistemică, a comportamentului uman şi al bolii.

Modelul biopsihosocial este derivat din teoria generală a sistemelor. Sistemul biologic pune accentul pe substratul atomic, structural şi molecular al bolii şi impactul său asupra funcţionării biologice a pacientului. Sistemul psihologic pune accentul pe impactul factorilor psihodinamici al motivaţiei şi personalităţii privind trăirea bolii şi reacţia la ea. Sistemul social pune accentul pe influenţele culturale de mediu şi familiale asupra exprimării bolii şi trăirii ei.

Energel a susţinut că fiecare sistem poate afecta şi poate fi afectat de oricare dintre celelalte. Modelul lui Energel nu susţinea că boala medicală este rezultatul direct al factorilor psihologici şi socio-culturali, ci încurajează mai degrabă o înţelegere mai adecvată a bolii şi tratamentului. Un exemplu ilustrativ al acestei concepţii privind modelul biopsihosocial a fost un studiu din 1971 despre relaţii dintre moartea subită şi factorii psihologici. După investigarea a 170 de morţi subite timp de 6 ani, el a observat că boii severe şi chiar moartea erau asociate cu stres psihologic sau traume. Printre elementele cu potenţial precipitant: moartea unui prieten apropiat, supărări, reacţii aniversare, pierderea încrederii în sine, pericol personal şi teamă cu relaxare după ce pericolul a trecut, contactul cu mulţimi sau reuşite deosebite.

Relaţia medic-pacient este o componentă critică a modelului biopsihosocial. Orice medic trebuie nu doar să aibă cunoştinţe practice despre starea medicală a

pacientului, dar şi să fie familiarizat asupra psihologiei individuale a pacientului. Şi mediul socio-cultural influenţează condiţia medicală, răspunsurile emoţionale la starea de boală şi relaţia cu medicul.

COMPORTAMENTUL FAŢĂ DE BOALĂ

Comportamentul faţă de boală este un termen folosit pentru a descrie reacţiile pacientului la trăirea de a fi bolnav. Unii descriu acest comportament ca rol de bolnav. Rolul de bolnav este rolul pe care societatea îl atribuie persoanei bolnave deoarece ea (el) este bolnav. Caracteristicile rolului de bolnav cuprind factori ca pretexte pentru nea-sumarea de responsabilităţi şi aşteptări de a fi ajutat pentru a-ţi fi mai bine. E. Suchman descrie 5 stadii ale comportamentului de boală:

apariţia pe scenă a simptomului (ceva nu e în regulă)

asumarea stadiului de rol de bolnav (cineva are nevoie de doctor)

faza de contact medical (se caută un doctor)

etapa de rol de pacient dependent (decizia de a transfera controlul doctorului şi de a urma tratamentul prescris)

vindecarea (faza de reabilitare, renunţarea la rolul de pacient). Comportamentul

Ia boală şi rolul de bolnav sunt influenţate de experienţa anterioară a persoanei fată de îmbolnăviri şi de convingerile culturale despre boală. Trebuie întotdeauna evaluată influenţa culturală privind relatarea şi prezentarea simptomelor.

Relaţia între îmbolnăvire şi evenimentele familiare, statutul social şi identitatea etnică sunt importante. Atitudinile persoanei, ţinând cont de cultura căreia îi aparţine, despre dependenţă şi deznădejde, influenţează mult modul şi dacă o persoană va cere ajutor, aşa cum se întâmplă datorită unor factori psihologici ca tipul de personalitate şi

semnificaţia personală care se atribuie bolii ca experienţa. Exemplu: persoane diferite reacţionează la boală în diferite feluri, depinzând de modelele lor obişnuite de gândire, trăire afectivă şi comportament. Unii pot trăi boala ca pe o pierdere copleşitoare, în timp ce alţii consideră că este o provocare care te pune în încurcătură sau o pedeapsă pentru care se simt vinovaţi.

EVALUAREA COMPORTAMENTULUI INDIVIDUAL LA BOALĂ PRIN CARE DEVII PACIENT ŞI CAUŢI ÎNGRIJIRE

episoade anterioare de boală, în special afecţiuni cu severitate standard (naşteri, litiază, operaţii chirurgicale);

gradul cultural de stoicism;

convingerile culturale privind problema specifică;

semnificaţia personală sau convingerile despre problema particulară;

Întrebări de pus pentru a provoca răspunsuri explicative ale procentului:

1. Care este problema dumneavoastră?
2. Ce credeţi că a provocat-o?
3. De ce credeţi că a început în acel moment?
4. Prin ce vă supără boala?
5. Cât de severă este? Ce evoluţie a avut?
6. De ce vă temeţi cel mai mult în legătură cu suferinţa dumneavoastră?
7. Care sunt dificultăţile esenţiale pe care boala vi le provoacă?
8. Ce fel de tratament ar trebui să primiţi? Care sunt cele mai importante rezultate pe care le speraţi de la tratament?
9. Ce aţi făcut până acum pentru a vă trata boala?

(*Lipkin*, *1989*)

MODELE ALE RELAŢIEI MEDIC/PACIENT

Există un număr de modele potenţiale. Deseori nici medicul, nici pacientul nu sunt pe deplin conştienţi că în realitate se aleg unul pe altul. Modelele cel mai adesea

derivă din personalităţile, expectaţiie şi nevoile ambilor. Faptul că la aceste personalităţi aşteptările şi nevoile sunt în general trecute sub tăcere şi pot fi destul de diferite pentru doctor şi pacient pot conduce la o proastă comunicare şi dezamăgire din partea ambilor participanţi. Medicul trebuie să cunoască modelul care este operant pentru un anumit pacient şi să fie capabil să schimbe modelele în funcţie de nevoile particulare ale anumitor pacienţi şi de necesităţile de tratament în situaţii clinice specifice.

Modelul medical, încă prevalent, consideră consultaţia un simplu decor în care doctorul îşi desfăşoară munca de diagnostic şi tratament. Cu toate că acest model de consultaţie este tradiţional şi comod pentru medic; el a fost în ultimele decenii ţinta unor puternice contestări şi este tot mai puternic contestat. După C.S. Oană (1997) conform acestui model accesul pacientului la medic şi contactul cu acesta implică executarea unor veritabile ritualuri:

J. *umilinţa pacientului care trebuie să-şi afirme neajutorarea*;

2. etalarea suferinţei într-un mod standardizat sub formă de simptome;

3. programarea la consultaţie sau înscrierea pe o listă de aşteptare;

2.

Comunicarea şi relaţia medic-pacient 71

4. îmblânzirea spiritelor care îl înconjoară pe doctor (asistente, infirmiere, secretare, portari);

5. pacientul trebuie să-şi sacrifice părţi din corpul său ca să câştige atenţia medicului: sânge, urină, ţesuturi pentru analize;

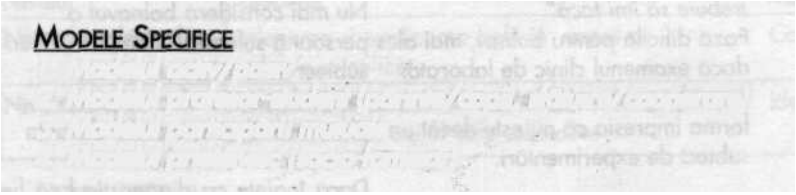
6. doctorul este îmbrăcat într-o uniformă simbolică, întronat în spatele unui birou şi tăcut ca un sfinx;

7. pacientul, din contră, stă gol pe un scaun sau pe o canapea, (şi asta numai pentru că s-a pierdut bunul obicei al îngenuncherii!), corpul şi spiritul lui fiind

accesibile doctorului;

8. doctorului, ca şi prezicerile Pythiei *la oracolul din* Delphi, *sunt ambigue şi, de obicei, într-o limbă inaccesibilă pacientului*.

„Noul val" care tinde să schimbe aceste paradigme ia în considerare tot mai mult faptul că pacientul nu funcţionează ca o maşină care s-a defectat, ci are sentimente, iar doctorul la rândul lui, nu este o maşină de pus diagnostice şi elaborat tratamente, având la rândul lui sentimente. Pe creasta „noului val" plutesc conceptele moderne cum ar fi: abordarea „holistică", „suferinţa şi de profesionalizarea medicinei", „medicalizarea excesivă a vieţii", „drepturile pacientului şi consimţământul informat" etc. În medicina modernă se trece dincolo de aspectul clinic al consultaţiei, relaţia psihologică fiind un complement indispensabil în înţelegerea bolii şi bolnavului. Modelul comportamentalist care deplasează accentul de pe doctor pe pacient înseamnă o coborâre voluntară a medicului de pe piedestalul autoritarist şi îndepărtarea de stereotipul autocratic. Una dintre primele teorii care descrie cel mai bine modelul medical actual este teoria rolurilor.



MODELE SPECIFICE

1. Modelul activ/pasiv

2. Modelul profesor-student (părinte/copil, sfătuire/cooperare)

3. Modelul participării mutuale

4. Modelul prietenesc (socio-familiar)

1. Activ/Pasiv. Completa pasivitate a pacientului şi preluarea de către medic a tratamentului. Pacientul nu îşi asumă virtual nicio responsabilitate pentru propria

îngrijire şi nu participă la tratament. Acest model este adecvat atunci când pacientul este inconştient, imobilizat sau în delirium.

2. Profesor/Student. Dominarea de către medic, al cărui rol este paternalist şi de control. Rolul pacientului este în mod esenţial unul de dependentă şi aşteptare. Este un model specific observat în timpul vindecării după o operaţie (în chirurgie). T. Ridică şi

D. Costea (1996) considera că este modelul cel mai frecvent al relaţiei medic-bolnav. În toate afecţiunile în care pacientul îşi poate manifesta voinţa şi spiritul critic, medicul îi cere această cooperare. După punerea diagnosticului, medicul dirijează, îndrumă – într-o manieră mai mult sau mai puţin autoritară – şi apreciază cooperarea pacientului; pacientul poate deci să aibă o opinie prin care să demonstreze că apreciază şi înţelege ceea ce i se spune (dar se constată că el greşeşte adesea în aprecierile pe care le face).

3. Modelul participării mutuale. Implică egalitate între medic şi pacient. Ambii participanţi au nevoie şi depind de aportul celuilalt. Nevoia de o relaţie medic-pacient bazată pe un model de participare mutuală şi activă este cel mai evident în tratamen

1.

O abordare modernă a psihologiei medicale tul unor boli cronice ca IRC, diabet în care cunoştinţele pacientului şi acceptarea tratamentului sunt puncte critice pentru succesul tratamentului. Este de asemeni eficient în situaţii mai delicate ca pneumonia. Această participare presupune un model psihologic foarte complex şi cel mai evoluat: pacientul poate aprecia ceea ce-i recomandă medicul, iar medicul trebuie să evalueze cât mai corect trebuinţele momentane sau cele constante ale pacientului.

4. Prietenia este considerată ca un model disfuncţional, dacă nu chiar neetic. Reprezintă adesea o problemă psihologică primară şi de profunzime care are

o nevoie emoţională în a schimba îngrijirea pentru pacient într-o relaţie de împărtăşire mutuală a informaţiilor personale şi a dragostei.

Acest model adesea implică o perpetuare nedeterminată a relaţiei şi o ştergere a graniţelor dintre profesionalism şi intimitate mai degrabă decât un sfârşit adecvat

MODELUL PSIHODINAMIC AL LUI GEBSATTEL AL DISTANŢEI

Faza de apropiere	Trăirile şi atitudinile bolnavului	Trăirile şi atitudinile medicului
Faza apelului uman	Se exprimă plastic prin cuvintele: *„am nevoie de dumneavoastră"*	Manifestă o atitudine de înţelegere faţă de bolnav, satisfăcând solicitările acestuia (n frustrează, deci, în aşteptările sal
Faza îndepărtării sau *obiectivării*	Bolnavul spune despre medic: *„el trebuie să ştie ce am şi ce trebuie să îmi facă"* Fază dificilă pentru bolnav, mai ales dacă examenul clinic de laborator se prelungeşte: îşi poate, eventual, forma impresia că nu este decât un subiect de experimentări.	**„este un caz, nu o persoană oarecare"** Nu mai consideră bolnavul o persoană suferindă oarecare, ci subiect de analiză ştiinţifică, trecând relaţiile afective pe un plan secund; creşte astfel distanţa între pacient şi medic. Dacă înainte ca diagnosticul să stabilit şi planul terapeutic pus punct, medicul nu se apropie de b nav şi îl consideră doar un caz m dical, fără să vadă în acesta o p soană bine individualizată s raport psihologic, de care trebuie se ocupe, sentimentul frustrării, care bolnavul îl încearcă în acea fază, se va accentua.
Faza personalizării	*„El mă înţelege şi mă va ajuta"*	*„El suferă, este bolnavul meu, eu pot să-l ajut"*

STABILIREA RELAŢIEI

Doctorii nu au timpul şi nici înclinaţia de a-şi asculta pacienţii şi de a lua în considerare sentimentele pacienţilor. Ei nu au destule cunoştinţe despre problemele emoţio-Comunicarea şi relaţia medic-pacient
73

nale şi problematica socio-economică a familiei. De asemenea, se constată ca medicii provoacă teamă dând

explicaţii într-un limbaj prea tehnic. Deoarece factorii psihosociali şi economici exercită o influenţă profundă asupra relaţiilor umane, medicul ar trebui să aibă un grad cât mai ridicat de înţelegere a subculturii pacientului.

Insuccesul unui medic în a stabili un bun raport cu pacientul contează mult în ineficienţa îngrijirii.

Existenţa unei bune relaţii înseamnă înţelegere şi încredere între doctor şi pacient. Diferenţele în statutul social intelectual şi educaţional interferă în mod serios cu calitatea relaţiei.

Înţelegerea sau lipsa de înţelegere a convingerilor pacientului, folosirea limbajului de specialitate şi atitudinile faţă de boală influenţează caracterul examinării medicale.

Evaluarea tensiunilor sociale din prima parte a vieţii pacientului îl ajută pe doctor să-l înţeleagă mai bine. Reacţiile emoţionale, starea de sănătate sau lipsa ei, sunt rezultatul unei continue influenţe reciproce între forţele biologice, psihologice şi sociologice. Fiecare stres lasă după el urme şi continuă să se manifeste de-a lungul vieţii direct proporţional cu intensitatea efectului lui şi sensibilitatea unei persoane anume.

Acest stres şi tensiuni vor fi determinate cât mai extins posibil. Totuşi, punctul de maximă semnificaţie poate fi nu stresul prin el însuşi, ci reacţiile persoanei. Stabilirea unei relaţii autentice depinde de asemenea de înţelegerea corectă a factorilor complecşi interpersonali ca transferul şi contratransferul.

MODELUL NIVELELOR RELAŢIEI MEDIC-PACIENT DUPĂ TATOSSIAN

Nivelul	Obiectivul	Modalitatea
Nivelul intelectual	Înţelegerea şi explicarea bolii în acord cu modelele ştiinţifice	Conceptualizare
Nivelul afectiv	Înţelegerea personalităţii bolnavului şi a particularităţilor căilor sale subiective	Identificarea

TRANSFERUL

Transferul este definit de modelul general ca un set

de aşteptări, convingeri şi răspunsuri emoţionale pe care pacientul le aduce în relaţia medic-pacient; ele nu sunt determinate în mod necesar de cine este medicul, sau cum acţionează el de fapt, ci mai degrabă pe experienţele continue pe care pacientul Le-a avut de-a lungul vieţii cu alte importante personalităţi, autorităţi.

Atitudinile transferenţiale

Atitudinea pacientului faţă de medic este susceptibilă să fie o repetiţie a atitudinii pe care el sau ea au avut-o faţă de alte autorităţi. Această atitudine poate varia de la o atitudine bazală realistă – în care doctorul se aşteaptă la cel mai autentic interes din partea pacientului, la o supraidealizare şi chiar cu o fantezie erotizantă până la una de neîncredere, aşteptându-se ca medicul să fie dispreţuitor şi potenţial abuziv.

Un pacient se poate aştepta ca doctorul să facă ceva, de exemplu să prescrie medicaţie sau să efectueze o intervenţie chirurgicală şi poate să accepte îngrijirea medicului şi să o considere suficientă şi adecvată numai dacă face aceste lucruri.

Inerent în această atitudine este rolul pacientului ca un recipient pasiv în relaţie cu rolul medicului considerat ca factor activ de ajutor. Un pacient la care aceste expectaţii sunt stabilite anterior se va simţi nemulţumit dacă medicul are alte expectaţii. Alt pacient poate fi mai activ şi se aşteaptă să participe mai mult la tratament şi, corespunzător, se va simţi ciudat cu un doctor care nu doreşte participarea pacientului.

CONTRATRANSFER

Aşa cum pacientul aduce atitudini transferenţiale în relaţia medic-pacient, doctorii înşişi dezvoltă adesea reacţii contratransferenţiale faţă de pacienţii lor.

Contratransferul poate lua forma sentimentelor negative, care dezbină relaţia medic-pacient, dar poate de asemenea să devină disproporţionat pozitiv,

idealizând sau având reacţii erotice.

Aşa cum pacientul are faţă de medic expectaţii privind de exemplu competenţa, absenţa exploatării – speculării, obiectivitate, confort, ameliorare, medicii au adesea expectaţii inconştiente şi nerostite faţă de pacienţi.

Cel mai adesea pacienţii sunt consideraţi ca buni pacienţi dacă modul lor de aplicare a severităţii simptomelor se corelează cu o boală biologică diagnosticabilă clar

— Dacă sunt complianţi;

— Dacă în general nu-şi schimbă tratamentul;

— Dacă sunt emoţional controlaţi;

— Şi dacă sunt recunoscători.

Dacă aceste expectaţii nu se îndeplinesc, chiar dacă acesta este rezultatul unei necesităţi inconştiente din partea medicului, pacientul poate fi blamat şi perceput ca neplăcut, cu care nu se poate lucra sau rău.

Un medic care antipatizează un pacient e în pericol de a deveni ineficient în tratamentul lui. Emoţiile nasc contraemoţii. De exemplu: dacă medicul este ostil, pacientul devine mai ostil, atunci medicul devine mai mânios şi atunci apare o deteriorare rapidă a relaţiei. Dacă medicul se poate ridica deasupra unor asemenea emoţii şi poate stăpâni pacientul refractar cu calm, poate avea loc o schimbare în relaţia interpersonală de la una de antagonism mutual clar la una în care cel puţin acceptanţa şi respectul sunt prezente. A te ridica deasupra acestor emoţii implică lăsarea în urmă a reacţiilor intense, contratransferenţiale şi să explorezi (fără vreo pasiune) de ce pacientul reacţionează faţă de medic într-o asemenea manieră aparentă de apărare.

În afară de toate, pacientul are nevoie totuşi de doctor, iar ostilitatea garantează că ajutorul necesar nu va apărea. Dacă medicul poate înţelege că opoziţia pacientului este într-un fel defensivă sau de autoapărare şi de cele mai multe ori reflectă teama transferenţială

faţă de lipsa de respect, abuz şi dezamăgire, atunci doctorul va fi mai puţin supărat şi mai empatic.

Medicii care au ei înşişi nevoi inconştiente puternice să fie atotcunoscători şi omnipotenţi, pot avea probleme particulare cu anumite tipuri de pacienţi.

Aceşti pacienţi pot fi de fapt dificil de stăpânit de majoritatea medicilor, dar dacă medicul este conştient pe cât posibil de propriile sale nevoi, capacităţi şi limite, aceşti pacienţi vor fi mai puţin ameninţători. Aceşti pacienţi îi includ pe următorii:

— Pacienţii care par să se apere de încercările de a-i ajuta (ex.: pacienţii cu boli cardiace severe care continuă să fumeze sau să bea);

— Cei care sunt percepuţi ca necooperanţi (ex.: pacienţi care pun la îndoială sau refuză tratamentul);

— Cei care mai caută o a doua opinie;

— Cei care nu izbutesc să se însănătoşească – ca răspuns La tratament;

— Cei la care acuzele fizice sau somatice maschează probleme emoţionale (ex.

pacienţii cu tulburări de somatizare, boală dureroasă somatoformă, hipocondrii sau boli simulate);

— Cei cu sindroame psihice organice – demenţă senilă;

— Cei care sunt pe moarte sau cu durere cronică – pacienţi care reprezintă o nereuşită profesională şi, în acest fel, o ameninţare pentru identitatea medicului şi stima de sine.

MEDICII CA PACIENŢI

Un exemplu special de contratransfer apare atunci când pacientul tratat este medic. Problemele care pot apare în această situaţie includ: aşteptările că medicul-pacient se va preocupa de propria medicaţie şi tratament şi teama din partea medicului terapeut de a fi criticat pentru competenţa sa.

Aparţinând unui grup social clar definit şi unui subgrup în care funcţionează conform unor reguli diferite medicul, atunci când se îmbolnăveşte, va avea o patologie care va fi nuanţată de apartenenţa sa subgrupală. Aparţinând aceluiaşi subgrup, medicul care va trebui să îşi trateze un coleg, va trebui să ţină seama de această particularitate care are efecte atât asupra diagnosticului cât şi a actului terapeutic în sine.

Medicii bolnavi sunt pacienţi cunoscuţi în mod notoriu ca umili şi modeşti şi aceasta deoarece medicii sunt educaţi să controleze situaţia medicală şi să stăpânească relaţia medic-pacient. Pentru un medic, să fie pacient, poate însemna să predea controlul, să devină dependent, să apară vulnerabil şi înfricoşat, sentimente pe care majoritatea medicilor sunt educaţi să le reprime.

Un studiu recent (1998) făcut în Canada a ajuns la următoarele concluzii generale:

1. medicul bolnav tinde să subestimeze simptomele şi să-şi maximalizeze tratamentul;

2. el doreşte depăşirea rapidă şi eficientă a suferinţelor sale şi nu-şi acordă de regulă niciun timp de recuperare;

3. consultaţiile medicului suferind de către un confrate sunt rareori structurate şi pregătite de o cerere de consultaţie (consultaţii de coridor);

4. medicul suferind are tendinţa de a se autodiagnostica şi de a-şi administra automedicaţia, aceştia fiind principalii factori de risc care produc agravarea bolii şi întârzierea diagnosticului corect.

Pacienţii-medici pot evita să devină ceea ce ei percep ca o povară ce suprasolicită colegii sau pot fi jenaţi să pună întrebări pertinente din teama de a părea ignoranţi sau incompetenţi.

Pacienţii-medici pot stimula teama medicului curant care se vede pe sine în pacient, o atitudine care poate duce la refuz şi evitare din partea medicului curant. T. Ridică şi D. Costea subliniază rezerva şi scepticismul

terapeutic manifestat în general de medicul-pacient care va împiedica în mare măsură apariţia efectului placebo diminuând şi pe această cale efectul terapeutic.

Medicul terapeut în faţa pacientului medic adoptă fie o atitudine pasivă, în care îşi abandonează rolul său motivând statutul special de medic al bolnavului, fie una autori-tar-activă în care terapeutul îşi deposedează pacientul de atributele sale reducându-l Ia

76 O abordare modernă a psihologiei medicale condiţia de bolnav pentru a-şi putea exercita fără distorsiuni rolul de medic. Există un risc major pentru medicul care îşi îngrijeşte un confrate suferind de a adopta o funcţionare în oglindă faţă de cea a acestuia şi de a folosi aceleaşi mecanisme defensive pe care pacientul le utilizează în special anularea retroactivă şi negarea. Identificarea şi confraternitatea conducând la o empatie excesivă pot conduce medicul terapeut la minimalizarea, banalizarea şi chiar nerecunoaşterea suferinţei colegului său.

MEDICUL ŞI PATOLOGIA PSIHOLOGICĂ PROFESIONALĂ

În afara unei patologii propriu-zise psihice sau somatice înscriindu-se în cadrele nosologice tradiţionale, din ce în ce mai multe lucrări contemporane insistă asupra suferinţei medicului, cu atât mai mult cu cât el beneficiază tot mai puţin de gratificaţiile materiale şi narcisiace care existau în epocile anterioare (G. Besançon, 1999). Acelaşi autor arată că, comparând o populaţie de aceeaşi vârstă şi acelaşi nivel social medicii şi în special psihiatrii, au o rată crescută de tulburări mintale ca: depresie, tentative de sinucidere, adicţii diverse, în special alcoolul.

În 1982 medicul canadian M. Lauderdale dedica o monografie sindromului de epuizare profesională, aşa-numitul sindrom BURNOUT, care desemna eşuarea, uzura şi epuizarea energiei şi a forţelor sau resurselor individuale care îi provoacă individului o scădere globală

a întregului potenţial de acţiune. Termenul venea să definească mai bine *stresul profesional* (W. Paine), *depresia de epuizare* a autorilor sovietici, sau *sindromul conducătorului stresat* (Larouche).

Studiile care au urmat au conturat repede categoria profesională cea mai afectată de acest sindrom: medicii. S-a constatat că acest lucru decurgea din obligaţia permanentă a individului de a-şi susţine o imagine personală idealizată, indiferent de progresul tehnologic, de lipsa unei recunoaşteri sociale corespunzătoare cu gradul de dificultate al activităţilor pe care le desfăşoară şi, în sfârşit, datorită programului neconvenţional. Dintre factorii care duc la instalarea acestui fenomen se pot enumera: munca neurmată de rezultate imediate, nerecunoaşterea calităţii activităţii, lipsa încurajărilor şi a gratificaţiilor morale. În aceste condiţii subiectul se epuizează pe măsură ce constată prăbuşirea propriilor iluzii în faţa evidenţei realităţii.

Deşi majoritatea autorilor sunt de acord că acest concept de burnout este hetero-gen şi nu se poate vorbi de o patologie specifică, se acceptă un tablou clinic minim cu următoarele aspecte:

semne şi simptome somatice: cefalee continuă, tulburări gastro-intestinale, astenie, fatigabilitate;

comportamente neobişnuite pentru subiect: iritabilitate, intolerantă şi incapacitate de a înţelege sau a empatiza cu ceilalţi, criticism nejustificat, lipsa de încredere, atitudine de superioritate faţă de ceilalţi;

atitudini defensive: rigiditate, negativism, rezistenţă la schimbare, pseudoactivism (subiectul petrece tot mai multe ore la locul de muncă dar realizează tot mai puţin din ceea ce îşi propune fără să fie pe deplin conştient de acest lucru).

Este de asemenea acceptată ideea că sindromul de burnout are o evoluţie stadială:

— *Stadiul I* – caracterizat de neliniște, confuzie şi apariţia frustrării (individul simte că ceva nu e în

regulă);

— *Stadiul al II-lea* – caracterizat prin frustrare intensă şi nemulţumire;

— *Stadiul al-III-lea* – caracterizat prin apatie, renunţare şi disperare.

Fără să fie o entitate clinică precisă burnoutul este centrat de trepiedul epuizare fizică şi/sau psihică, depersonalizare profesională, atitudine negativă faţă de propriile împliniri.

Toate acestea apar insidios şi sunt accentuate de perioadele de aşteptare excesivă a unor schimbări, de numărul prea mare de concursuri având drept rezultat doar un grad mic de promovare profesională, de surmenajul socio-profesional sau de dificultăţi pecuniare majore.

Am insistat asupra descrierii clinice a sindromului DE BURNOUT (epuizare profesională) pentru că ni s-a părut uimitoare asemănarea condiţiilor favorizante cu ceea ce i se întâmplă medicului român contemporan. De altfel, depăşind sfera supoziţiilor teoretice am făcut un studiu activ (F. Tudose, G. Cociorva, A. Niculăiţă, 1997) printre medicii unui mare spital bucureştean, iar rezultatul vorbeşte de la sine. 40% aveau cu certitudine suficiente elemente pentru diagnostic. Drama este cu atât mai mare cu cât grupele de profesionişti cele mai afectate erau cele care se aflau în intervalul 25 – 40 de ani, reprezentând aproape 80% din numărul suferinzilor. Rezultatul este dramatic şi paradoxal deoarece înaintarea în vârstă ar presupune un grad firesc de uzură biologică şi psihologică şi nu vârsta marilor acumulări cea a viselor şi a speranţelor. iată că cei al căror orizont de aşteptare a fost limitat post decembrist şi a permis o adaptare la un nivel funcţional mediocru să continue să funcţioneze fără prea mari probleme într-un sistem medical inerţial care de altfel, nu s-a schimbat aproape

deloc.

EVALUAREA INTENSITĂŢII SINDROMULUI DE BURNOUT LA MEDICI ŞI PERSONALUL MEDICAL

Un chestionar util ca instrument de evaluare a sindromului de burnout a fost imaginat pornind de la elementele de patologie specifice pe care acesta le incumbă. Fiecare item este cotat de la O la 2 (O pentru „nu", 1 – „uneori", 2 – „frecvent"). Un scor mai mare de 15 arată probabilitatea ca sindromul de epuizare profesională să fie prezent, iar unul mai mare de 25 indicând că acesta este deja manifest.

CHESTIONAR DE EVALUARE

1. Vă este greu dimineaţa să vă treziţi şi să plecaţi la spital? Nu

Uneori Frecvent

2. Vă gândiţi cu groază că zi de zi trebuie să mergeţi la spital? Nu

Uneori Frecvent

3. La spital, aşteptaţi cu nerăbdare sfârşitul programului? Nu

Uneori Frecvent

4. Amânaţi efectuarea anumitor sarcini de serviciu astfel încât la Un un moment dat vă simţiţi depăşiţi de numărul mare de probleme uneori pe care le aveţi de rezolvat? Frecvent

5. Va prelungiţi cât de mult puteţi pauza de masă, de cafea Nu sau timpul de ţigară? Uneori

Frecvent

6 Absentaţi nemotivat de la activităţile la care sunteţi programat? Nu

Uneori Frecvent

O abordare modernă a psihologiei medicale

7. Întârziaţi la program?

8. Aşteptaţi cu nerăbdare sfârşitul de săptămână?

9. Duminica, vă îngrozeşte ideea că de a doua zi începe o nouă săptămână de muncă?

10. Simţiţi că v-a scăzut puterea de muncă, în aşa

măsură încât efectuarea unei activităţi necesită timp mai îndelungat decât de obicei?

11. Aţi devenit mai intolerant faţă de pacienţi?

12. Munca dumneavoastră a devenit atât de stereotipă încât nu mai reuşiţi se va concentraţi asupra fiecărui pacient în parte?

13. Aţi devenit mai iritabil? Vă certaţi cu prietenii, cu colegii sau cu familia mai des în ultimul timp?

14. Vă simţiţi singur sau izolat la locul de muncă?

15. În ultimul timp consumaţi mai mult alcool, cafea sau fumaţi mai mult decât de obicei?

16. Adormiţi mai greu? Aveţi nevoie de un somnifer?

17. Comportamentul dumneavoastră sexual este modificat?

18. Aţi devenit mai sedentar?

19. Vă simţiţi obosit, epuizat?

20. V-aţi îngrăşat sau aţi slăbit fără să ţineţi dietă în acest scop?

21. Activităţile obişnuite vă plictisesc?

22. Creativitatea dumneavoastră a scăzut?

23. Simţiţi nevoia unui nou anturaj?

24. Vă simţiţi exploataţi de ceilalţi?

25. Vi se pare că viaţa nu are sens?

Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori

Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Oarecum
Da
Nu
Uneori
Frecventă
Nu
<2 Kg
Da
Nu
Uneori
Frecvent
Nu
În mică măsură
Da
Nu
Uneori
Frecvent

Nu
Uneori
Frecvent
Nu
Uneori
Frecvent

CÂTEVA IPOSTAZE SPECIALE ALE RELAŢIEI MEDIC-PACIENT

Trebuie menţionat că există anumite specialităţi medicale la care fenomenul de burnout este mai frecvent.

Un medic orelist lucrând într-un serviciu chirurgical de elită, relata dificultăţile extreme pe care le avea în a comunica necesitatea sancţiunii chirurgicale în cazurile de neoplazie laringiană. Această dificultate era direct proporţională cu creşterea experienţei sale profesionale, imaginea sa fantasmatică pentru pacienţi fiind aceea de *„doctorul care îţi ia vocea”*. În ciuda succeselor medicale evidente prognosticul *quod ad vitam* şi vindecarea chirurgicală a cancerului, pentru pacient chirurgul rămânea un personaj ameninţător şi dezagreabil.

Medicul oncolog, care aflat în contact direct cu bolnavul cu cancer îşi modifică inconştient, atât comportamentul profesional cât şi imaginea de sine sub presiunea permanentă a situaţiei cu care se confruntă.

El se încarcă afectiv în urma transferului intens care are loc în relaţia medic-pacient, un pacient paradoxal care în acelaşi timp îşi doreşte dependenţa suprain-vestind potenţa medicului, dar şi recăpătarea autonomiei, minimalizând competenţa şi ajutorul oferit. Studii succesive au arătat un nivel crescut al tanatofobiei la medicii oncologi în comparaţie cu grupuri de control similare de persoane sănătoase şi chiar de pacienţi cu cancer. În analiza comportamentului la patul bolnavului se observă exacerbarea unor mecanisme de apărare

manifestate prin scurtarea vizitei, comportament impersonal, autoritarism sau permisivitate excesivă.

Pacientul cu durere supune medicul oncolog la o agresivitate şi culpabilizare continuă şi la o deteriorare permanentă a imaginii de sine şi a imaginii profesionale confruntată cu spectrul incapacităţii de acţiune eficientă.

ASPECTE ALE DINAMICII RELAŢIEI MEDIC-PACIENT

Câştigarea controlului conştient în relaţia dintre medici şi pacienţi necesită o evaluare constantă. Cu cât medicul are o mai bună înţelegere asupra lui însuşi, cu cât se simte mai sigur, cu atât e mai capabil să modifice atitudinile distructive. Doctorul are nevoie să fie empatic (să aprofundeze), dar nu până la punctul de a-şi asuma problemele pacientului sau fanteziile lor nerealiste că numai ei pot fi salvatorii lor. Ei trebuie să fie capabili să dea la o parte problemele pacienţilor când părăsesc cabinetul sau spitalul şi nu trebuie să-şi folosească pacienţii ca un substitut pentru intimitate sau relaţii care poate le lipsesc în viaţa personală. În caz contrar, vor fi împiedicaţi în eforturile lor de a ajuta oamenii bolnavi, care au nevoie de simpatie şi înţelegere, dar nu de sentimentalism sau de supraimplicare.

Medicul este înclinat spre o anumită apărare, pe de o parte pe bună dreptate, pentru că mulţi medici neştiutori (inocenţi) au fost daţi în judecată, atacaţi sau chiar ucişi pentru că nu au dat pacienţilor lor satisfacţia pe care aceştia o doreau.

În consecinţă, medicul îşi va asuma o atitudine de apărare faţă de toţi pacienţii. Deşi o asemenea rigiditate poate crea o imagine de meticulozitate (profunzime) şi eficienţă, ea este frecvent nepotrivită. O flexibilitate mai mare duce la o sensibilitate mai mare în răspuns La influenţele subtile reciproce dintre două persoane.

De asemenea, trebuie să se adopte o anumită toleranţă pentru prezentul real nesigur în orice situaţie clinică pentru orice pacient. Medicul trebuie să înveţe să

accepte

80 O abordare modernă a psihologiei medicale faptul ca, oricât de mult ar dori să controleze totul în îngrijirea pacientului, această dorinţă nu se poate realiza niciodată pe deplin.

Sunt situaţii în care – fără să conteze cât este medicul de conştiincios, competent, grijuliu – o boală nu poate fi controlată şi moartea nu poate fi prevenită.

Medicii vor trebui de asemenea să evite eschivările din anumite situaţii în care consideră că le este foarte greu să se descurce datorită propriilor susceptibilităţi, prejudecăţi sau ciudăţenii atunci când aceste probleme sunt importante pentru pacient.

De exemplu: un student în medicină insistă întrebând pacientul despre relaţia sa cu fiul de 23 de ani. Era evident după ascultarea casetei audio cu interviul că pacienta dorea să vorbească despre problemele sale cu soţul. Când pacienta a discutat mai târziu cu doctorul superviser, ea a spus: *Studentul e un tip drăguţ, dar cred că el are ceva probleme cu mama sa. M-a ajutat să-l înţeleg mai bine pe fiul meu.* Într-o asemenea interacţiune complexă ca relaţia medic-pacient, greşelile nu sunt de obicei dezastruoase relaţiei dacă nu sunt relativ frecvente.

Când pacientul simte interes pentru el, entuziasm şi bunăvoinţă din partea examinatorului, el este apt să tolereze o lipsă de experienţă considerabilă din partea medicului.

A. Restian (1997) subliniază că în relaţia medic-pacientă, nu vom putea face niciodată abstracţie de apartenenţa de gen a fiecăruia. Relaţia medic-pacientă în mod particular este deosebit de complexă, datorită faptului că în general femeile au o structură mai complexă, iar gama patologică este mult mai largă şi cu mai multe implicaţii afective.

Prin natura lor, femeile consultă mult mai des medicul decât bărbaţii, dar, tot prin natura lor, ele sunt

mult mai bune comunicatoare (O.S. Cristian).

Relaţia medic-pacientă nu trebuie niciodată forţată, la fel cum nu trebuie niciodată simplificată. Este bine ca această relaţie să fie cât mai neutră, cât mai obiectivă, cu acordarea unui respect deplin bolnavei şi suferinţei sale. Bolnava nu trebuie exploatată în niciun fel, şi mai ales sexual.

EVALUAREA RELAŢIEI MEDIC-PACIENT

Există modalităţi diverse de evaluare a relaţiei medic-pacient care încearcă să obiectiveze această relaţie în toate dimensiunile sale. Un instrument de evaluare este chestionarul următor:

FORMULAR PENTRU OBSERVAREA ŞI EVALUAREA COMUNICĂRII INTERPERSONALE MEDIC-PACIENTĂ

I. Impresia generală:

Evaluaţi astfel: f. bună = 4, bună = 3, nu prea bună = 2, proastă = 1

Empatie 4 3 2 1

Respect 4 3 2 1

Onestitate 4 3 2 1

II. Comunicarea verbală

1. Salutul Da Nu

2. Tonul vocii Potrivit Nepotrivit

3. Cine a vorbit mai mult? Medicul Pacientul

1.

Comunicarea şi relaţia medic-pacient

4. Cum au fost obţinute întrebări deschise

Informaţiile? întrebări închise

parafrazare

5. Cum a fost încurajat gesturi

pacientul să vorbească cuvinte de aprobare

şi să întrebe?

6. Cum a răspuns medicul complet incomplet

Ia întrebările pacientului? cuvinte pozitive, cuvinte dure.

de laudă verdicte

7. Cum s-au formulat explicaţiile? clar prea detaliat

pentru nivelul de înţelegere
8. Ce limbaj s-a utilizat? simplu tehnic
9. Câte opţiuni s-au oferit? suficiente insuficiente
10. A verificat medicul percepţia Da Nu
şi înţelegerea explicaţiilor?
1 1. A fost stabilită următoarea Da Nu
consultaţie?
III. Comunicarea non verbală:
1. Limbajul corporal-postura Da Nu
2. Ascultarea cu atenţie Da Nu
3. Contactul vizual Da Nu
4. Zâmbetul, expresia feţei Da Nu
5. Oferirea unui ajutor concret Da Nu
6. Timpul acordat Da Nu
7. Atingerea potrivită Da Nu
8. Îndepărtarea barierelor externe Da Nu
1.

CAPITOLUL 6
PERSONALITATEA NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ

Există în fiecare dintre noi ceva mai adânc decât noi înşine.

Sfântul Augustin

Omul nu ştie nimic despre om şi puţinul pe care crede ca îl ştie este de neînţeles.

Jean Fourastie

Personalitatea normală încercări de definire a personalităţii Personalitatea şi ciclurile vieţii Etapele ciclului vieţii

Perioada copilăriei

Perioada adultă Perioada bătrâneţii Teren premorbid şi vârstă Boală şi personalitate Tulburări de personalitate

O clasificare a tulburărilor de personalitate şi ipostaze medicale ale acestora Modalităţi de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate internat Personalitatea medicului şi diagnosticul

Orice încercare de definire a personalităţii se

loveşte de enorme dificultăţi, generate pe de o parte de gradul deosebit de generalitate al noţiunii, iar pe de altă parte de nevoia de sinteză pe care orice definiţie o presupune.

Personalitatea umană constituie direct sau indirect terenul de intersecţie al multor discipline ştiinţifice, este un univers care incită permanent la cunoaştere, dar care niciodată nu poate fi epuizat. Goethe considera că suprema performanţă a cunoaşterii ştiinţifice este cunoaşterea omului. Ideea este justificată atât prin complexitatea maximă a fiinţei umane, cât şi prin faptul că omul reprezintă valoarea supremă pentru om.

Între pesimismul lui Nietzsche, care afirma că *omul este animalul care nu poate fi niciodată definit* şi viziunea axiologica a lui Protagoras care spunea că *omul este măsura tuturor lucrurilor*, se naşte neliniştitoarea întrebare – cum să evaluezi ceva care nu este măsurabil?

Dacă pentru alte domenii această întrebare poate să rămână retorică, pentru psihiatrie, psihopatologie şi psihologie clinică care operează cu modelul medical, ea trebuie cu necesitate să-şi găsească un răspuns. Acest răspuns devine extrem de complex în contextul creşterii vertiginoase a volumului informaţiilor ştiinţifice, care determină o viziune multidimensională, prin care realitatea nu poate fi cunoscută decât prin interpretările interdisciplinare, sistemice, ale contextelor, ansamblurilor.

Cu toate că se pot inventaria aproape tot atâtea definiţii asupra personalităţii câte teorii psihologice există, se poate stabili totuşi un oarecare consens asupra unui număr de noţiuni, care sunt în genere cuprinse în orice definire şi descriere şi pe care vom încerca să le trecem în revistă:

— Personalitatea este un concept global, o structură care nu se poate descrie decât prin elementele sale structurale;

— Ea are un anumit grad de permanenţă, o dinamică şi o economie proprie;

— Este rezultanta dezvoltării potenţialităţilor înnăscute într-un mediu de dezvoltare precizabil din punct de vedere socio-cultural;

— Dezvoltarea personalităţii este secvenţială.

Subliniem însă încă o dată că abordarea acestor puncte de referinţă diferă după şcoală, atât în privinţa sensului acordat, cât şi a ponderii ce li se aplică în cadrul personalităţii.

Menţinându-ne punctul de vedere că pentru o ordonare axiologică trebuie să preexiste o cunoaştere suficientă a noţiunii de valorizare, vom trece în revistă principalele grupe de teorii cu privire la personalitate, urmărind în principal aspectul structural, aspectul dinamic şi genetic puse în evidenţă de acestea, situate la interferenţa medicinei cu psihologia.

Teorii neobehavioriste – obiectiviste, încearcă să explice fenomenele psihologice prin extrapolarea rezultatelor psihologiei experimentale şi psihofiziologiei. Analizând rolul structurant al mediului în constituirea personalităţii, integrând reflexologia pav-loviană, behaviorismul watsonian şi teoria învăţării a lui Thomdicke, neobehaviorismul elaborează prin Dolland şi Miller, teorii ale personalităţii de tip stimul-răspuns. Ei consideră că element structurant major al personalităţii – obişnuinţa, care ar însemna o legătură între stimul şi răspuns. Rezultatele obişnuinţelor învăţate în cursul dezvoltării ar fi personalitatea individuală, a cărei dinamică ar fi asigurată de către pulsiuni; acestea furnizează energia necesară activităţii fără să fie determinate de un scop.

Orientarea către un scop anumit se datorează învăţării, care fixează ca scop obiectele a căror obţinere permite scăderea tensiunii pulsionale. Dezvoltarea personalităţii este văzută de aceste teorii, ca o modificare a reflexelor specifice prin învăţare;

elementele caracteristice ale învăţării ar fi: pulsiunea, semnul, răspunsul şi întărirea sau recompensa. Dezvoltarea psihologică se supune printre altele legilor extincţiei (absenţa întăririi duce la dispariţia obişnuinţei) şi generalizării (transferarea unor răspunsuri la semne asemănătoare cu semnul iniţial). Folosirea limbajului ca vector al învăţării, leagă personalitatea individuală de factorii sociali şi culturali, al căror produs este.

Teoriile neobehavioriste accentuează rolul determinant al învăţării precoce şi al frustrărilor secundare, văzute ca obstacole în calea obţinerii satisfacţiei şi a noţiunii de conflict, văzut ca un obstacol activ, intern sau extern, într-o situaţie frustrantă secundară.

Personalitatea normală şi patologică 85

Teorii psihodinamice – psihanalitice, care analizează personalitatea ca o istorie a devenirii pulsiunilor primare, obţinând o viziune longitudinală a individului, coerentă în dinamica ei.

În sistemul topic elaborat de Freud în 1920, personalitatea este împărţită în trei instanţe:

Id-ul – polul pulsional al personalităţii, rezervorul dispoziţiilor ereditare şi al energiei pulsionale.

Ego-ul – instanţa centrală a personalităţii, domeniul percepţiilor şi proceselor intelectuale, având rol de autoconservare; el funcţionează după principiul realităţii şi corespunde gândirii colective, raţionale şi socializante. Este o instanţă mediatoare care armonizează influenţele contradictorii ale Id-ului şi Superego-ului şi elimină dintre stimulii lumii exterioare pe cei care-i consideră periculoşi pentru unitatea persoanei.

Superego-ul este constituit din tot ceea ce educaţia aduce individului: interdicţii, ierarhii de valori, exigenţe, care-l fac elementul centralizator al personalităţii. El îşi manifestă existenţa prin conştiinţa morală, autocritică, sisteme de valori, interdicţii, rămânând totuşi în parte inconştient.

Dinamica personalităţii este asigurată de modalităţile de distribuţie a energiei între cele trei instanţe psihice enunţate, o distribuţie corectă asigurând echilibrul personalităţii. Funcţionarea corectă a Ego-ului care-şi utilizează energia pentru controlul Id-ului şi Superego-ului, adică pentru îndeplinirea funcţiei sale de stingere a conflictelor, este asigurată şi de o serie de mecanisme de apărare care îl ajută să evite angoasa generată de diferitele conflicte cu care este confruntat. Aceste mecanisme ar fi: introiecţia, proiecţia, refularea, sublimarea, condensarea, fantezia. În această teorie, evoluţia personalităţii este văzută ca stadială, într-o evoluţie numită libidinală, constând în următoarele etape: stadiul oral, stadiul sadic-anal, stadiul falic, perioada de latenţă, faza genitală. Fiecare etapă are o anumită dominantă (ale cărei caracteristici se găsesc şi în etapele ulterioare dar cu o importanţă diminuată) evoluţia făcându-se progresiv printr-o diversificare a modalităţilor de funcţionare.

Teorii sociale – consideră că mediul social şi cultural sunt factori predominanţi ai organizării personalităţii. Pornind de la datele aduse de observaţiile comparative ale interacţiunii dintre om şi societate (studii pe gemeni, studiile performanţelor de grup, studiul unor grupuri etnice, sociale), autorii acestor teorii încearcă să evidenţieze şi să cuantifice într-o oarecare măsură influenţele socio-culturale din structura personalităţii.

Intervenţia unor serii de factori sociali, economici, axiologici, etico-morali, microsociologici, şi-ar pune amprenta comună pe toţi membrii unei culturi, sub forma unei personalităţi de bază (Kardiner).

Acest fond psihologic comun ar cuprinde:

— Tehnici de a gândi, explica şi înţelege realitatea;

— Sisteme de securitate (apărarea contra angoasei născute din frustrare);

— Un sistem comun de credinţe, ritualuri, mituri.

Dinamica personalităţii ar fi creată de presiunea

culturală şi de dorinţa de securizare a individului în interiorul unei culturi anumite.

Dezvoltarea personalităţii către „personalitatea de bază” se face prin identificarea treptată cu modelele grupului.

86 O abordare modernă a psihologiei medicale

Teoriile moderne asupra personalităţii părăsesc în primul rând viziunea statică asupra personalităţii încercând să o explice prin structurile ei active. Ele abandonează determinismul rigid, biologizant sau socializant, acordând personalităţii un caracter de sistem biopsihosocial.

Personalitatea umană nu se poate forma şi dezvolta armonios fără ereditate naturală, fără influenţe educaţionale şi culturale corespunzătoare.

În ceea ce priveşte primul factor – cel ereditar – nu se poate vorbi de o moştenire a unui conţinut psihic (asemănările caracteriale dintre părinţi şi copii sunt rezultatul influenţei durabile conştiente sau inconştiente). Există însă şi predispoziţii native sau naturale, polivalente care se pot dezvolta în diferite direcţii.

Mediul social influenţează dezvoltarea psihică în mod direct, prin contactele personale: în familie, şcoală, colectivităţi diverse, sau indirect: prin mass-media. R. Linton susţine pe bună dreptate, că din punct de vedere al individului, cultura societăţii în care se integrează constituie ereditatea lui socială. Pârghia de acţiune a mediului asupra formării personalităţii este educaţia.

În aceste condiţii, dezvoltarea psihică este neliniară, orice experienţă umană pe care copilul o asimilează, nu vine să se adauge celor anterioare ci le modifică pe acestea şi este modificată la rândul său; rezultatul nu este numai o acumulare, ci mai ales o reorganizare, o modificare a raporturilor şi perspectivelor. Dezvoltarea psihică poate fi privită ca pe o alternanţă temporară de faze de echilibru, de stabilitate, cu perioade de criză

caracterizate de modificări profunde.

Ca nivel suprem de exprimare sintetică a existenţei psihice, marcată de unicitatea ireductibilă şi irepetabilă a fiinţei umane, personalitatea desemnează o *„organizare unitar-dinamică a celor mai reprezentative trăsături ale individului plenar dezvoltat şi integrat”* (E. Pamfil, D. Ogodescu).

Diferenţierea conţinutului de potenţialitatea acestuia, a fundalului de imagine, ni se pare logică şi întemeiată deoarece personalitatea este structura de rezistenţă longitudinală a vieţii psihice, actualizată în secţiune transversală de conştiinţă.

M. Lăzărescu consideră persoana umană ca infinită şi insondabilă până la capăt, atât în esenţa, cât şi în concreteţea ei. Cu toate acestea aceasta, ea poate fi circumscrisă folosind diverse perspective în sesizarea unei structuri funcţionale organizate. Din această perspectivă, psihologia şi psihopatologia analizează şi comentează arhitectonica acestui sistem.

Şcoala românească de psihologie consideră personalitatea ca pe un macrosistem al invarianţilor informaţionali şi operaţionali, exprimat constant prin conduită şi caracteristicile subiectului (P. Popescu-Neveanu). Noţiunea de personalitate capătă referiri la organizarea interioară, unitară şi individualizată a însuşirilor psihologice, cognitive şi atitudinale ale individului, reprezentând sinteza particularităţilor psiho-individuale în baza căreia ne manifestăm specific, deosebindu-ne unul de altul. A. Tucicov-Bogdan descrie sub aspect structural-dinamic şi acţional următoarele componente psihice interne ale personalităţii: latura intelectuală (sistem de informaţie şi prelucrare cognitivă, structuri cognitive şi operaţii intelectuale ale insului, etc.); latura dinamic-energetică (temperament, afectivitate, motivaţie); latura proiectivă (trebuinţe, tendinţe, dorinţe, aspiraţii, scopuri, idealuri); latura efectorie sau instrumentală (deprinderi, priceperi,

capacitate, aptitudini); latura relaţională (trăsături de caracter şi interpersonale) şi constituţia fizică biotipologică a individului.

Cuprinzând cele trei însuşiri ale oricărei structuri – de totalitate, de transformare şi de reglaj (J. Piaget 1973), structura personalităţii şi le defineşte specific în însăşi determinarea individuală.

Totalitatea – niciun fapt psihic nu poate fi descris ca străin sau petrecându-se în afara personalităţii. Istoria şi geneza personalităţii este însăşi unica istorie a devenirii individului, sub toate aspectele sale: biosomatic, psihic, sociocultural.

Prin însuşirea sa de totalitate, personalitatea este un holon (A. Koestler), adică este mai mult decât suma părţilor sale şi în raport cu fiecare parte care o constituie.

Transformarea – personalitatea este într-o continuă şi necesară transformare, lucru pe care încă Jaspers I-a definit ca *„dezvoltare a personalităţii”*.

„Formele progresive ale construcţiei persoanei nu pot fi concepute decât ca nivele dinamice de integrare, în care inferiorul nu este numai integrat, ci şi făcând întotdeauna parte integrantă din ansamblul noii structuri” (H. Ey).

Personalitatea îşi păstrează în acest fel, în transformarea ei, caracteristicile fundamentale iar istoria organismului psihic conţine şi *„înfăşoară”* istoriile anterioare, desfăşurându-se ea însăşi ca o istorie continuă.

Reglajul – în dezvoltarea sa personalitatea este supusă în permanenţă unei continue determinări exterioare. Ea nu se dezvoltă numai în virtutea *„entelehiei”* (Aristotel) ci şi sub influenţa mediului cu care este în permanentă confruntare.

Personalitatea se autoconstruieşte, se autoformează, dar are şi capacitatea de a se autodelimita şi

autoperfecţiona, atât în sensul autoindividualizării sale, cât şi în cel al unei tot mai bune adaptări la lume, realizând o veritabilă unicitate în libertatea de fiinţare.

Dar personalitatea poate fi văzută şi ca posedând o arhitectură mai complexă decât aceea a unui sistem. Personalitatea este şi un *arhem „adică o realitate cu o arhitectură mai completă decât aceea a unui sistem, prin funcţionări fenomenologice"* (M. Drăgănescu, 1984). În acest sens, personalitatea individuală se va dimensiona din concepţia despre om a vremii sale, raportându-se în sens valoric la ceilalţi oameni şi existenţa umană, căpătând conştiinţă morală.

Personalitatea nu poate fi reprezentată decât ca un sistem hipercomplex, subsumat sistemului socio-cultural cu care este în permanentă interrelaţie şi întrepătrundere.

Analiza personalităţii a întâmpinat dificultăţi infinite, din cauza complexităţii pe care am enunţat-o anterior, ceea ce a dus în practică la căutarea unor posibilităţi simplificatoare şi reducţioniste de descriere.

Este de notat că autori ca: Eysenck, Cattel şi Guilford, au ajuns să diferenţieze în structura personalităţii 300 de factori şi peste 10.000 de variabile.

Se pune întrebarea care dintre aceşti factori sau care dintre aceste trăsături ar fi esenţiale pentru o descriere a personalităţii.

Noţiunea de temperament va reuni particularităţile înnăscute de reactivitate, la care se vor adăuga dispoziţia şi variabilitatea acesteia. Reactivităţii psihomotorii îi va imprima particularităţi de grad, ritm, rapiditate, amploare care în general sunt considerate a fi înnăscute, apropiindu-se de componenta constitutiv-organică a personalităţii.

Toate acestea sunt considerate constitutive şi deci în mare măsură ereditare (G. All-port). O serie de autori consideră temperamentul ca latură dinamico-energetică a personalităţii care ar constitui baza psihofiziologică a

caracterului (Ananiev) sau premiza morfofuncţională a aptitudinilor (Tepov).

Subliniem însă ca oricum ar fi, ereditari sau dobândiţi, factorii biologici (în care cei mai mulţi autori includ şi temperamentul) constituie numai un aspect al personalităţii şi doar una dintre determinările sale (Delay).

PERSONALITATEA ŞI CICLURILE VIEŢII

O abordare a problemei personalităţii din perspectiva ciclurilor vieţii şi influenţei modelelor sociale asupra capacităţilor de maturizare ale persoanei credem că este utilă nu doar în înţelegerea modului în care personalitatea se dezvoltă, ci şi în înţelegerea patologiei şi zonei de marginalitate psihopatologică, fie că este vorba de crize de dezvoltare, de tulburări de personalitate sau de psihoze reactive.

Printre factorii de vulnerabilitate se poate număra şi tipul personalităţii; şi ne vom referi aici la stadiile de dezvoltare ale personalităţii şi îndeosebi la modalităţile inadecvate de trăire a unor experienţe de viaţă mai vechi sau mai noi, de adaptare la solicitările în permanentă schimbare din mediul social, cu raportare la modul în care personalitatea a reuşit să-şi rezolve crizele specifice fiecărei etape de dezvoltare, parcurse până la momentul analizei psihopatologiei reactive survenite.

Necesitatea studierii acestei probleme derivă din convingerea existenţei unei corelaţii semnificative între psihopatologia reactivă survenită în condiţiile transformărilor socio-economice majore în care trăim şi etapele dezvoltării psihologice şi psihosociale în raport cu ciclurile vieţii, şi anume în mod specific cu *„crizele”* din evoluţia ciclului vieţii din concepţia epigenetică a lui E. Erikson, ca şi din alte teorii ale ciclului vieţii.

Termenul de ciclu al vieţii *„life cycle”* s-a născut din necesitatea cercetătorilor de a reflecta teoria dezvoltării. A vorbi de un ciclu general al vieţii înseamnă a

întreprinde o călătorie de la naştere până la moarte, esenţială pentru înţelegerea complexităţilor comportamentului uman; infinit din punct de vedere cultural şi cu infinite variaţii individuale. Ciclul vieţii are întotdeauna aceleaşi secvenţe, demonstrând că există o ordine în cursul vieţii umane, în ciuda faptului că viaţa fiecărei persoane este unică. *Această secvenţă este invariabilă şi apare într-o ordine constantă în viaţa fiecăruia*, chiar dacă nu toate etapele sunt complete şi acesta este principiul fundamental al tuturor teoriilor privind ciclurile vieţii.

O a doua consideraţie generală este principiul *epigenetic*, descris pentru prima dată de E. Erikson care susţine că fiecare etapă din ciclul vieţii este caracterizată de evenimente şi crize, care trebuie să fie rezolvate în mod satisfăcător, pentru ca dezvoltarea să se realizeze într-o manieră continuă şi lină. În eventualitatea unei nereuşite în rezolvarea crizei specifice unei perioade de viaţă, modelul epigenetic susţine că toate etapele ulterioare de dezvoltare vor reflecta acest eşec sub forma dezadaptării pe plan cognitiv, emoţional, social şi chiar fizic, vulnerabilizând deci persoana.

Fiecare etapă de dezvoltare din ciclul vieţii are o *caracteristică dominantă*, un complex de trăsături sau o criză specifică, ce o distinge atât de etapele anterioare cât şi de cele ce o vor urma.

Apariţia conceptului de *ciclu al vieţii* se situează la sfârşitul secolului trecut, concepţia actuală fiind determinată şi modulată de surse importante şi diferite.

Variatele teorii ale ciclului vieţii folosesc o terminologie diversă, neexistând un vocabular standard, dar utilizând în general termeni congruenţi: etapă, stadiu, eră, interval, epocă etc.

Diferenţele semnificative dintre teoriile clasice ale ciclului vieţii constau în aplicarea de criterii de dezvoltare specifice. În general, schemele individuale

folosesc elemente ca: maturitate biologică, capacităţi psihologice, tehnici adaptative, mecanisme de apărare, complexe ca simptom, nevoile de rol, comportamentul social, stilul cognitiv.

S. Freud rămâne unanim recunoscut pentru contribuţia sa în fundamentarea conceptului de *ciclu al vieţii*. Începând cu studiile publicate în 1915, el a introdus o schemă de dezvoltare, concentrată asupra perioadei copilăriei şi organizată în jurul teoriei sale despre libido. Conform teoriei lui Freud, fazele de dezvoltare ale copilăriei corespund schimbărilor succesive în investirea energiei sexuale în anumite regiuni ale corpului, asociate de obicei erotismului: gura, anusul şi zona genitală. În concordanţă cu acestea el a deosebit următoarele perioade de dezvoltare, pe care Le-a clasificat astfel:

faza orală (de la naştere până la 1 an);
faza anală (de la 1 an la 3 ani);
faza falică (de la 3 ani la 5 ani).

Peste 5 ani, Freud vorbeşte despre faza latentă, care se întinde până la pubertate; ea este marcată de diminuarea interesului sexual care se va reactiva la pubertate.

Concepţia de bază exprimată de Freud a fost aceea că evoluţia satisfăcătoare a dezvoltării în aceste faze ale copilăriei va fi esenţială pentru funcţionarea normală a adultului. Comparativ, perioada adultă cu evenimentele care au loc în această etapă, ar avea o mai mică influentă.

Reprezentanţii şcolilor post + freudiene au modificat sau au construit noi teorii pe fundalul concepţiilor clasice, aderând la ideea lui Freud de focalizare asupra energiei sexuale, ca fiind elementul esenţial de distincţie între stadiile de dezvoltare. Îi vom menţiona în mod special aici pe K. Abraham şi M. Klein, a căror premiză de bază a fost aceea că procesele interne sunt determinanţii fundamentali ai dezvoltării

personalităţii şi reprezintă, astfel, forţele dinamice ale ciclului vieţii.

C.G. Jung, pe de altă parte, a considerat că factorii externi joacă un rol important în procesul de dezvoltare a personalităţii şi în adaptarea ei. El a susţinut de asemenea, ca dezvoltarea personalităţii se realizează de-a lungul întregii vieţi şi că ea nu este ferm determinată numai de experienţele din timpul copilăriei timpurii.

H.S. Sullivan avansează aceste idei, stabilind că dezvoltarea umană este în mare măsură modelată de evenimente externe şi, în mod specific, de interacţiunile sociale. Modelul său privind ciclul vieţii, susţine că fiecare fază de dezvoltare este marcată de o nevoie de interacţiune cu anumite persoane; calitatea acestei interacţiuni va influenţa dezvoltarea ulterioară a personalităţii persoanei.

M. Mahler, a adus şi ea contribuţii remarcabile la teoria dezvoltării personalităţii, studiind relaţiile obiectuale din copilăria precoce. Ea a descris procesul de separare-individuaţie care rezultă din sentimentul subiectiv al persoanei de separare de lumea din jur. Faza de dezvoltare separare-individuaţie începe din a 4-a sau a 5-a lună de viaţă şi se încheie la vârsta de 3 ani. M. Mahler a delimitat patru subfaze ale procesului de separare-individuaţie:

Diferenţierea. Copilul este capabil să facă distincţie între el şi alte obiecte.

Perioada practică. La începutul acestei faze copilul îşi descoperă capacitatea de separare fizică de mama sa, ţinându-se şi căţărându-se, dar are încă nevoie de prezenţa ei pentru a-i asigura securitatea (care-i dă siguranţă). Sfârşitul fazei este marcat de mişcarea liberă, pe verticală (de la 7 – 10 luni până la 15 – 16 luni).

Apropierea. Nevoia crescândă şi dorinţa ca mama să împărtăşească cu el noile experienţe şi deprinderi; de asemenea, o mare nevoie de dragoste maternă (de la 16

luni la 25 de luni).

Consolidarea. Dobândirea unei individualităţi definite şi atingerea unui anume grad de constanţă obiectuală (de la 26 de luni la 36 de luni).

Alte abordări care nu au evidenţiat nici aspecte psihodinamice, nici legate de mediu, au influenţat de asemenea studiul ciclului vieţii.

Astfel, J. Piaget a elaborat formularea diferenţelor calitative în procesul dezvoltării cognitive. Studiile lui au avut un caracter instrumental în elucidarea dezvoltării proceselor gândirii.

El a distins patru perioade majore în dezvoltarea intelectuală:

— Senzorio-motorie, de la naştere până la 2 ani;

— Preoperaţional, de la 2 ani la 7 ani;

— Perioada operaţiilor concrete, între 7 şi 11 ani;

— Perioada operaţiilor formale, de la 11 ani până la vârsta adultă, inclusiv.

Un studiu interesant a fost făcut de D. Levinson şi colab. (Univ. Yale). Acest studiu a încercat să clarifice caracteristicile dezvoltării personalităţii masculine în perioada vârstei adulte. Observaţiile făcute l-au determinat pe Levinson să postuleze o nouă schemă a fazelor de dezvoltare în perioada adultă. El a sugerat că ciclul vieţii este compus din 4 mari epoci, fiecare având o durată de aproximativ 25 de ani, după cum urmează:

— Copilăria şi adolescenţa, de la naştere până la 22 de ani;

— Perioada timpurie a etapei de adult, de la 17 Ia 45 de ani;

— Perioada medie a etapei de adult, de la 40 Ia 65 de ani;

— Perioada adultă târzie, după 60 de ani.

Levinson identifica de asemenea perioade de 4 – 5 ani de tranziţie între epoci, care funcţionează ca zone de graniţă, în timpul cărora o persoană încheie o etapă în desfăşurare sau începe o nouă epocă.

Un al doilea studiu de referinţă asupra vârstei adulte a fost realizat de G. Vaillant, care a examinat un grup de 95 de bărbaţi pentru o perioadă de peste 35 de ani. Dintre concluziile sale menţionăm următoarele:

— O copilărie fericită a fost corelată semnificativ cu trăsături pozitive în perioada adultă, aceasta manifestându-se prin slabe trăsături oral-dependente, psihopatologie redusă, capacitatea de a se bucura şi bune relaţii obiectuale;

— Pe măsură ce bărbaţii înaintează în vârstă, se stabileşte o ierarhie a mecanismelor ego-ului;

— Apărările au fost organizate de-a lungul unui continuu, ceea ce reflectă două aspecte ale personalităţii: imaturitate/maturitate şi psihopatologie/sănătate mintală.

S-a stabilit că maturitatea apărărilor este legată atât de psihopatologie, cât şi de adaptarea obiectivă la mediul extern. Mai mult, s-au înregistrat schimbări ale stilului de apărare pe măsură ce o persoană se maturizează.

Vaillant a concluzionat că stilurile de adaptare se maturizează în decursul anilor şi acest proces de maturizare depinde mai mult de dezvoltarea interioară a personalităţii decât de schimbările din mediul interpersonal. De asemenea, el a tras concluzia că modelul propus de Erikson pentru ciclul vieţii este valid.

Concepţia lui E. Erikson reprezintă o punte care leagă stadiile de dezvoltare de procesele sociale. Sistem de referinţă în teoriile de dezvoltare a personalităţii, modelul oferit de Erikson permite corespondenţe cu teoria sexualităţii infantile a lui Freud, dar adaugă în plus potenţialele şi nevoile de dezvoltare din cadrul tuturor etapelor de viaţă. El a elaborat un model al ciclului vieţii constând din 8 etape, care se întind până în viaţa adultă şi până la bătrâneţe.

ETAPELE CICLULUI VIEŢII

Succesiunea etapelor este expusă pe scurt, după

cum urmează, menţionându-se caracterul dominant sau criza specifică de maturitate, care apare specific în timpul fiecărei etape:

1. etapa oral-senzorială: încredere / neîncredere;
2. etapa muscular-anală: autonomie / ruşine şi nesiguranţă;
3. etapa locomotor-genitală: iniţiativă / vinovăţie;
4. stadiul de latenţă: hărnicie, perseverenţă / inferioritate;
5. etapa pubertăţii şi adolescentei: identitatea ego-ului / confuzie de rol;
6. etapa tinereţii timpurii: intimitate / izolare;
7. etapa adultă propriu-zisă: (pro) creaţie / stagnare;
8. etapa maturităţii: integritatea ego-ului / disperare.

Pentru A. Erikson, dezvoltarea umană poate fi înţeleasă numai dacă se iau în considerare forţele sociale care interacţionează cu persoana în creştere. Cele 5 stadii psihosociale ale copilăriei: intimitate, creaţie şi integritate, care se extind dincolo de perioada adultului tânăr până la bătrâneţe.

Cele opt etape au atât aspecte pozitive, cât şi negative, au crize emoţionale specifice şi sunt influenţate de interacţiunea dintre factorii biologici şi factorii culturali şi sociali caracteristici mediului în care trăieşte persoana. Fiecare etapă are două rezultate posibile, unul pozitiv sau sănătos, şi unul negativ sau nesănătos. În împrejurări ideale, criza este rezolvată atunci când persoana dobândeşte un nou nivel, superior, de funcţionare în finalul reuşit al unei etape particulare de dezvoltare. În concepţia epigenetică, fiecare etapă are propriile caracteristici, şi trebuie trecută cu succes înainte ca să fie posibilă trecerea la următorul nivel.

Succesiunea etapelor nu se face automat, ci mai degrabă depinde atât de dezvoltarea sistemului nervos central, cât şi de experienţa de viaţă. Există suficiente dovezi că un mediu nefavorabil poate întârzia unele

dintre etapele de dezvoltare; în orice caz un mediu favorabil, stimulator, accelerează în mod particular progresul de-a lungul etapelor de dezvoltare.

Conceptul său despre nevoile de adaptare la etape specifice de vârstă oferă astfel posibilitatea unei analize a comportamentului normal sau anormal, precum şi analiza transversală a comportamentului de-a lungul vieţii. Astfel, devine posibil să se stabilească moduri specifice de adaptare.

În ordine cronologică, sunt descrise următoarele etape:

— Perioada de nou-născut

— Perioada micii copilării, când copilul începe să meargă

— Perioada preşcolară

— Perioada şcolara sau anii de mijloc

— Adolescenţa timpurie, medie şi tardivă (bătrâneţea)

PERIOADA COPILĂRIEI

Etapa I: Încredere bazală / Neîncredere bazală (de la naştere la un an)

„Prima componentă a unei personalităţi sănătoase o consider, spunea *Erikson*, *dobândirea unui sentiment de încredere fundamentală, care cred că este o atitudine pozitivă faţă de sine şi faţă de lume, şi care derivă din experienţa primului an de viaţă, încrederea este speranţa că propriile nevoi vor fi satisfăcute şi că poţi avea încredere în cei din jur*".

Aceasta perioadă se suprapune, mai mult sau mai puţin, etapei orale din teoria freudiană, deoarece gura este cea mai sensibilă zonă a corpului. Găsirea sânului, suptul şi hrănirea, reprezintă nevoile primare ale nou-născutului. Mama, care este inductoarea încrederii, participă intens la asigurarea acestor nevoi, creând astfel baza viitoarei expectaţii pozitive a copilului faţă de

lume. Părintele iubitor participă de asemenea şi la dezvoltarea altor simţuri ale copilului – văz, pipăit, auz. Prin această interacţiune, copilul fie că dezvoltă sentimentul de încredere că dorinţele lui vor fi îndeplinite fie, dacă mama nu este atentă, va dobândi sentimentul de neîncredere.

Comportamentul copilului serveşte pentru a controla comportamentul mamei, exact aşa cum comportamentul mamei îl modelează pe acela al copilului.

Copilul bun, calm, zâmbitor, previzibil reprezintă o mare răsplată pentru îngrijirea maternă tandră.

Copilul iritat, instabil, inconstant pune la încercare răbdarea mamei. În situaţia în care capacitatea de dăruire a mamei este mică, asemenea trăsături pot determina îndepărtarea ei de propriul copil, complicând tendinţele de dezvoltare, deja inadecvate ale acestuia.

S. Chess şi A. Thomas au demonstrat faptul că există o mare variabilitate între nou născuţi în ceea ce priveşte reactivitatea autonomă şi temperament. Ei au descris 9 dimensiuni comportamentale semnificative ale nou-născutului: nivelul de activitate, ritmicitatea, apropierea sau îndepărtarea, adaptabilitatea, intensitatea reacţiei, pragul responsivităţii, calitatea dispoziţiei, distractibilitatea, spectrul atenţiei şi persistenţa ei.

Evaluările efectuate individual pe copii au arătat o stabilitate considerabilă după o perioadă de supraveghere de 25 de ani. Cercetătorii au desprins o relaţie între caracteristicile iniţiale ale copilului mic, modelul de educaţie parentală şi apariţia ulterioară a simptomelor. De aici conceptul de *„potrivire parentală”*, care se referă la *„cât de bine se potriveşte”* un părinte cu noul născut, luând în considerare caracteristicile temperamentale atât ale ambilor părinţi, cât şi ale copilului. Chess şi Thomas au folosit termenul de *„binecuvântată potrivire”*, pentru a caracteriza interacţiunea armonioasă şi compatibilă dintre mamă şi

copil, în ceea ce priveşte motivaţiile, capacităţile şi stilurile comportamentale.

„Slaba potrivire” se caracterizează prin incompatibilitate între părinte şi copil, ceea ce probabil conduce la tulburări în dezvoltare. Copilul dificil trebuie depistat.

Personalitatea normală şi patologică deoarece părinţii unui asemenea copil capătă convingerea că sunt incapabili, că ceva din ceea ce fac este incorect, simţindu-se responsabili pentru tulburările de somn, pentru modelul deficitar de alimentaţie şi, în general, pentru disconfortul trăit manifestat de copil. În plus, majoritatea acestor copii manifestă tulburări emoţionale mai târziu în viaţă, şi educaţia lor trebuie să fie permanent adaptată acestor nevoi specifice.

Etapa a II-a: Autonomie / Ruşine şi îndoială (1 – 3 ani)

Copilul, aflat în al doilea şi în al treilea an de viaţă, învaţă să meargă singur, să se hrănească singur, să-şi controleze sfincterul anal şi să vorbească. Maturitatea musculară este cea care dă tonul pentru această fază de dezvoltare. Autonomia se referă la sentimentul copilului de a fi stăpân pe el însuşi şi asupra tendinţelor şi impulsiunilor lui. Copilul mic care începe să umble câştigă senzaţia separării lui de ceilalţi. „Eu”, „tu”, „al meu”, „a mea” sunt cuvinte obişnuite, folosite de copil pe parcursul acestei etape.

Copilul poate alege între o *păstra / a reţine* şi *a lăsa / a da drumul*, între a fi cooperant sau a fi încăpăţânat.

Această perioadă când părinţii îşi focalizează atenţia spre încurajarea copilului de a-şi exercita controlul asupra excreţiei coincide cu etapa anală descrisă de Freud învăţarea menţinerii igienei serveşte ca paradigmă a practicilor generale de învăţare în familie şi, de aceea, o mamă excesiv de severă în această direcţie va pedepsi şi va fi restrictivă şi în celelalte direcţii.

În paralel cu schimbarea sarcinilor copilului se

schimbă şi sarcinile părinţilor. În prima fază, responsabilitatea majoră a părinţilor era să vină în întâmpinarea nevoilor copilului într-un mod sensibil şi constant, fără să-i anticipeze şi să-i îndeplinească toate cerinţele, astfel încât copilul să nu treacă vreodată prin stări de încordare. În această etapă, sarcina părinţilor presupune fermitate, în ceea ce priveşte limitele comportamentului acceptat şi încurajarea emancipării progresive a copilului. Părinţii trebuie să fie atenţi să nu fie prea autoritari; copiilor trebuie să li se permită să acţioneze ei înşişi şi să fie în stare să înveţe din greşeli. Trebuie de asemenea să fie protejaţi şi asistaţi atunci când încercările sunt peste posibilităţile lor. Pentru Erikson, aceasta este etapa în care copilul fie îşi reţine excrementele, fie le elimină, ambele comportamente vizând comportamentul de răspuns al mamei. O instruire prea riguroasă în ceea ce priveşte menţinerea toaletei, fapt comun în societatea noastră, poate crea o personalitate meticuloasă, zgârcită, punctuală, perfecţionistă, cunoscută sub termenul de personalitate anală.

Dacă părinţii permit copilului să funcţioneze cu oarecare autonomie, ei sunt suportivi fără să fie hiperprotectori, copilul câştigă încredere în sine, simte că se poate controla pe el şi lumea din jur. Dacă părinţii îl aprobă atunci când el dă dovadă că se poate controla, încrederea în sine se dezvoltă şi apare un sentiment de mândrie. Invers, supracontrolul sau lipsa de control de sine a copilului prea adesea pedepsit, conduce la aşa numita impotenţă musculară sau anală (Erikson), care declanşează o trăire de neîncredere şi ruşine. Ruşinea poate da naştere unei îndoieli de sine care erodează şi poate submina posibilitatea de acţiune, iar la adult conduce la sentimente de persecuţie.

Curiozitatea privind sexul anatomic poate fi considerată sănătoasă, firească şi este întâmpinată cu răspunsuri sincere, fireşti şi cu replici adecvate vârstei,

atunci copilul capătă un sentiment de mirare în faţa vieţii şi se simte bine cu propriul rol în această viaţă.

Dacă subiectul este considerat tabu şi întrebările copilului sunt categoric respinse, apare o stare de disconfort şi ruşine. Conform teoriei lui Piaget, această etapă corespunde perioadei senzorio-motorii şi stadiului preoperaţional.

Etapa a III-a: Iniţiativă / Vinovăţie (3 Ia 5 ani)

Pe măsură ce copiii se apropie de sfârşitul celui de al treilea an, ei sunt capabili să iniţieze atât o activitate intelectuală cât şi una motorie învăţând să se bazeze pe acţiunile lor. Consolidarea acestor iniţiative depinde de cât de multă libertate fizică îi este acordată copilului şi, cât de mult este satisfăcută curiozitatea lor intelectuală. Dacă, copii mici care au învăţat să meargă, au fost puşi în situaţia să nu se simtă bine în legătură cu comportamentul şi interesele lor, ei pot ieşi din această perioadă cu un sentiment de vinovăţie asupra activităţilor pe care le iniţiază. Conflictele legate de iniţiativă îi pot împiedica pe copiii în creştere să-şi încerce întregul potenţial şi se pot interfera cu trăirile de ambiţie care se dezvoltă în această perioadă. În acest interval, creşterea curiozităţii sexuale se manifestă prin antrenarea în jocuri de grup legate de sex sau atingerea propriei zone genitale sau a altui copil. Dacă părinţii nu fac caz de aceste incidente, asemenea impulsiuni din copilărie sunt în cele din urmă reprimate şi reapar în timpul adolescenţei, ca parte a pubertăţii. Dacă părinţii atrag atenţia prea mult asupra acestor impulsiuni, copilul poate deveni inhibat sexual.

La sfârşitul acestei etape, copilul este capabil să se mişte independent şi sigur pe el. Jucându-se cu cei de o seamă cu el, copilul învaţă cum să se relaţioneze cu ceilalţi. Dacă fanteziile agresive au fost rezolvate corect (nici pedepsite, nici încurajate), copilul dezvoltă un spirit al iniţiativei şi al ambiţiei.

La sfârşitul acestei etape cu criză iniţiativă / vinovăţie, conştiinţa copilului – numită super-ego de către Freud, este stabilită.

Copilul învaţă nu numai că există limite în repertoriul său comportamental, dar şi că impulsiunile agresive pot fi exprimate şi în moduri constructive, cum ar fi adevăratele competiţii sau jocuri. Dezvoltarea conştiinţei dă tonul pentru dezvoltarea simţului moral al binelui şi al răului. Pedeapsa excesivă, totuşi, poate limita imaginaţia copilului şi, de asemenea, îi poate limita iniţiativa. Copilul care dezvoltă un super-ego prea puternic, cu aprecieri calitative de genul totul sau nimic, s-ar putea ca adult să ajungă să insiste ca ceilalţi să adere la codul său moral şi astfel să devină un *„pericol potenţial mare pentru el şi pentru semenii săi"*. Dacă această criză a iniţiativei este rezolvată cu succes, personalitatea îşi dezvoltă un spirit de responsabilitate, încredere şi autodisciplină. Freud i-a descris pe copiii aflaţi în această perioadă ca fiind în etapa falică de dezvoltare; în cursul acestei faze plăcerea este legată de zona genitală. Este momentul complexului lui Oedip, respectiv al complexului Electra la fete, ambele rezolvându-se prin identificarea cu părintele de acelaşi sex.

Evenimente semnificative în această perioadă de dezvoltare, cu posibile repercusiuni asupra vulnerabilizării persoanei: naşterea unui alt copil în familie, întâmplare relativ obişnuită în acest interval de timp, testează capacitatea copilului preşcolar de a coopera în viitor şi de a comunica cu ceilalţi.

Rivalitatea care apare frecvent între fraţi este dependentă de obiceiurile din educaţia aplicată a copilului. Copilul supus unui regim preferenţial din orice motiv, fie că este supradotat, fie deficient, fie că este pur şi simplu preferat, devine obiect al

geloziei fraţilor. Experienţa pe care o are cu fraţii

poate influenţa relaţiile pe care copilul le are de-a lungul procesului creşterii, cu colegii de aceeaşi vârstă şi cu autorităţile. Dacă sistemul educational nu este corectat în timp, această situaţie va deveni un eveniment traumatizant.

În anii preşcolari, copilul începe să distingă realitatea de fantezie, iar în comportamentul de joc începe să se reflecte această creştere a procesului de conştientizare. Educaţia preşcolară poate fi foarte valoroasă; cu toate acestea, a pune un accent prea mare pe avansul şcolar, peste capacităţile reale ale copilului, poate avea efectul invers, deci negativ.

Pentru Piaget aceasta este faza preoperaţional (mai precis de la 2 Ia 7 ani), timp în care copiii încep să folosească simbolurile în gândire. Între 3 şi 6 ani procesul creşterii poate fi urmărit prin intermediul desenelor. În general, totuşi, gândirea lor este egocentrică, ca şi în perioada senzorio-motorie; ei nu se pot pune în situaţia altui copil şi sunt incapabili de empatie. Gândirea preoperaţională este de asemenea intuitivă şi prelogică, copiii aflaţi în această etapă nu înţeleg relaţiile cauză-efect.

Conştiinţa lor privind propriile lor corpuri se extinde dincolo de organele genitale. Există o preocupare privind îmbolnăvirea şi rănirea, atât de accentuată încât această perioadă a fost denumită *„Ba*nd-*Aid"*, fiecare mică excoriaţie trebuind să fie examinată cu mare atenţie de părinţi.

Etapa a IV-a: Hărnicie, perseverenţă / Inferioritate (6 Ia 11 ani)

Cea de-a 4-a etapă de dezvoltare a lui Erikson este perioada vârstei şcolare, când copilul începe să participe la un program organizat de educaţie. Activitatea, capacitatea de a munci şi de a dobândi aptitudinile adultului, sunt elementele cheie ale etapei. Copilul învaţă că el este capabil să realizeze diverse lucruri şi, ceea ce este mai important, că el e capabil să stăpânească şi să

completeze o anumită acţiune.

Dacă se pune prea mult accentul pe reguli, pe „trebuie”, copilul va dezvolta simţul datoriei în detrimentul plăcerii naturale de a munci. Copilul creativ va învăţa plăcerea continuării muncii şi atingerea satisfacţiei de a face bine un lucru.

Sentimentul de inadecvare şi inferioritate, rezultatele potenţial negative ale acestei faze pot rezulta din mai multe surse:

— Copilul poate fi discriminat fiind încurajat să nu meargă la şcoală;

— Să i se spună că el este inferior celorlalţi;

— Să fie hiperprotejat de mediul familiar sau să fie excesiv de dependent de suportul emoţional al familiei;

— Băiatul poate face comparaţii între el şi tatăl său, nefavorabile lui.

Profesorii şi părinţii care încurajează copiii în activităţi, creativitatea şi perseverenţa în a învinge atunci când întâmpină dificultăţi, sunt un puternic sprijin în lupta împotriva sentimentului de inferioritate.

Pentru Erikson acest stadiu joacă un rol decisiv din punct de vedere social, pentru că acum copiii învaţă cum să lucreze cu ceilalţi, să-şi dezvolte un simţ de diviziune a muncii şi egalităţii şanselor. Este o perioadă echivalentă fazei de latenţă descrisă de Freud, deoarece tendinţele biologice sunt inactive şi domină relaţiile cu cei de aceeaşi vârstă.

Complexul lui Oedip ar trebui să fie rezolvat, copilul având un control relativ bun asupra pornirilor instinctuale. De buna dezvoltare a complexului lui Oedip depinde dezvoltarea armonioasa a super-ego-ului. Când super-ego-ul este format, copilul este capabil să facă judecaţi morale şi să înţeleagă aşteptările celorlalţi de la el. Mai mult, devine capabil să facă faţă solicitărilor emoţionale şi intelectuale din mediu, în special în şcoală.

La unii copii poate apare în acest interval refuzul de

a merge la şcoală; o mamă tematoare poate transmite propria teamă copilului. De asemenea, un copil care nu şi-a rezolvat nevoile sale de dependenţă, intră în panică la ideea separării de mamă. Refuzul şcolar nu este de obicei o problemă izolată; astfel, în mod tipic, copiii evită multe alte situaţii sociale.

Divorţul părinţilor – reprezintă un fenomen care determină tulburări semnificative de tip emoţional şi comportamental la toate grupele de vârstă. Recuperarea şi adaptarea la noua situaţie, după producerea divorţului părinţilor, durează de obicei 3 până la 5 ani, dar aproximativ 1/3 din copii vor prezenta traume psihice de durată. La băieţi, agresivitatea fizică este un semn obişnuit de suferinţă. După divorţul părinţilor, adolescenţii tind să petreacă cât mai mult timp departe de casa părintească. Tentativele de suicid pot apare ca rezultat direct al acestei psihotraume, unul dintre factoriipre dictivi ai sinuciderii adolescentului fiind divorţul recent sau separarea părinţilor. Copiii care se adaptează bine la divorţul părinţilor reuşesc acest lucru atunci când fiecare dintre părinţi face efortul de a continua relaţia cu copilul, deşi unul dintre ei va trăi separat de el. Pentru a facilita recuperarea copilului, cuplul divorţat trebuie, de asemenea, să evite continuarea conflictelor şi să demonstreze un comportament consecvent faţă de copil.

Părinţii vitregi: când survine recăsătorirea, copilul trebuie să se adapteze părintelui vitreg şi, de obicei, această adaptare este dificilă.

Adopţiunea ridică, de asemenea, serioase probleme în dezvoltarea personalităţii copilului. Tulburările emoţionale şi comportamentale au fost raportate ca fiind mai frecvente printre copiii adoptaţi decât printre cei neadoptaţi; comportamentul agresiv, furtul şi dificultăţile şcolare, sunt mai frecvente la copiii adoptaţi. Cu cât vârsta de adopţiune este mai mare, cu atât este mai mare incidenţa şi gradul de severitate al problemelor de

comportament.

Etapa a V-a: Identitate / Confuzie de rol (de la 11 Ia 20 de ani)

Perioada ce corespunde pubertăţii şi adolescenţei, care din punct de vedere al procesului psihosocial este adesea conceptualizată în termenii nevoii de a răspunde la două sarcini majore:

1) transformarea dintr-o persoană dependentă într-una independentă;

2) stabilirea unei identităţi

Deşi ambele situaţii apar din adolescenţă, ele se extind la perioada adultă şi trebuie să fie reconsiderate de-a lungul întregului ciclu al vieţii.

Dezvoltarea sentimentului de identitate este problema primordială a acestei perioade; identitatea este definită drept capacitatea persoanei de a da răspunsurile adecvate la întrebările – *„cine sunt?"* şi – *„încotro mă îndrept?"*

Personalitatea normală şi patologică 97

Identitatea sănătoasă se construieşte prin succesul individual în parcurgerea primelor trei etape psihosociale şi, identificarea, fie cu părinţii naturali, fie cu cei adoptivi. Identitatea implica apariţia unui sentiment de solidaritate internă cu ideile şi valorile unui grup social.

Adolescentul se află într-un moratoriu psihosocial între copilărie şi perioada de adult, în timpul căreia sunt testate diferitele roluri. Un individ poate străbate mai multe căi nepotrivite până la a lua decizia finală pentru alegerea profesiei (de exemplu: valorile morale pot fluctua, dar un sistem etic este posibil să se consolideze acum într-un cadru coerent organizat).

O criză de identitate apare la sfârşitul adolescentei. Erikson a denumit-o criza normativă, pentru că este un eveniment normal. Dar nelămurirea acestei probleme este anormală şi îl lasă pe adolescent fără o identitate solidă.

Persoana suferă de difuziunea identităţii sau confuzie de rol, caracterizată prin faptul că adolescentul nu are un sentiment de sine şi este confuz în ceea ce priveşte locul sau în lume. Confuzia de rol se poate manifesta prin tulburări de comportament ca fuga, criminalitate sau psihoze manifeste. Adolescentul se poate apăra împotriva difuziunii de rol, prin alăturarea la „găşti”, culte sau prin identificarea cu personaje foarte populare.

Din punct de vedere social este o perioadă de pregătire intensă pentru viitorul rol de adult. Într-adevăr, sfârşitul acestei perioade survine atunci când adolescentului i se acordă depline prerogative de adult, într-un moment şi într-o proporţie care variază de la o societate la alta.

Pentru cei mai mulţi oameni, a-şi dezvolta un sentiment bine definit al moralităţii, reprezintă o realizare majoră a adolescentei târzii şi a perioadei adulte. Moralitatea este definită drept capacitatea de a te conforma standardelor, regulilor, drepturilor şi responsabilităţilor. Există, în orice caz, posibilitatea conflictului între două standarde social acceptate, iar persoanele învaţă să facă judecăţi bazate pe un simţ individualizat al conştiinţei.

Compatibilitatea şi flexibilitatea acestui nou super-ego întăreşte capacitatea persoanei de a stăpâni şi exprima sentimente şi emoţii în relaţiile sociale. De-a lungul întregii vieţii, super-ego-ul unei persoane trebuie să fie capabil să se schimbe şi să se dezvolte în sensul adaptării la noi situaţii de viaţă.

Această etapă de dezvoltare internalizează principiile etice şi controlul comportamentului.

PERIOADA ADULTĂ

Perioada adultă poate fi împărţită în trei perioade majore:

— Perioada precoce

— Perioada medie

— Perioada tardivă – bătrâneţea

O mare parte din problematica psihiatriei se ocupă de fenomenele care au loc în aceasta etapă: – căsătoria

98 O abordare modernă a psihologiei medicale

— Creşterea copiilor / calitatea de a fi părinte

— Angajarea / profesia / probleme legate de munca, şomaj

— Evenimente psihotraumatizante: divorţ, îmbolnăviri, alte evenimente stresante.

Etapa vieţii adulte este o perioadă de mari schimbări, unele dramatice, altele mai subtile, dar continue. Individul trebuie să fie capabil să se adapteze la toate schimbările ce pot să apară; aceasta este cea mai lungă perioadă a ciclului vieţii.

C.G. Jung se referea la vârsta de 40 de ani ca „amiază a vieţii" şi considera că perioada adultă trebuie luată în considerare cu aceeaşi atenţie ca şi perioadele timpurii din viaţă.

E. Erikson a descris trei calităţi ce trebuie dobândite în perioada adultă: intimitatea, pro (creaţia) şi integritatea.

Etapa a VI-a: Intimitate / Izolare (20 – 40 de ani)

Maturitatea se manifestă la începutul vieţii adulte, în primul rând prin rezolvarea crizelor anterioare ale copilăriei şi adolescenţei, în al doilea rând – prin a deveni capabil şi interesat în acelaşi timp în stabilirea unei relaţii apropiate cu altă persoană, iar în al treilea rând prin capacitatea şi dorinţa de a produce ceva.

Intimitatea se referă în special la obţinerea intimităţii în relaţiile sexuale, în stabilirea unor bune relaţii de prietenie şi a unor autentice relaţii de grup.

Toate acestea nu îl sperie pe individul cu criză de identitate rezolvată în etapa anterioară de dezvoltare. Din contră, persoana care ajunge la tinereţe într-o stare de confuzie de rol este incapabilă să se implice într-o relaţie autentică, stabilă, pe termen lung. Cu un prieten sau cu un partener în cadrul căsătoriei, această persoană

poate deveni absorbită de sine şi indulgentă cu sine; în această situaţie se dezvoltă un sentiment de izolare care poate evolua până la intensităţi periculoase.

Etapa a VII-a: (Pro) Creaţie / Stagnare (40 – 65 de ani)

În timpul deceniilor care traversează perioada medie a vieţii, adultul alege între (pro) creaţie sau stagnare.

Creaţia nu se referă numai la situaţia în care persoana are sau creşte copii, ci şi un interes vital, îndepărtat, mult mai larg, în orientarea şi sprijinirea noilor generaţii şi/sau de îmbunătăţire a societăţii.

Cei fără copii pot fi procreatori prin dezvoltarea unui sentiment de altruism şi creativitate. Dar cei mai mulţi, dacă sunt apţi, vor dori să-şi perpetueze personalităţile şi energiile, *„prin producerea şi îngrijirea urmaşilor”*. A dori sau a avea copii totuşi nu garantează creaţia. Părinţii au nevoie mai întâi să-şi fi realizat propriile identităţi, pentru a fi cu adevărat creatori.

Adultul care nu are preocupări privind orientarea şi sprijinirea tinerelor generaţii, se va orienta obsesiv spre intimitate; asemenea persoane se pot căsători şi chiar pot avea copii, dar totul va fi realizat prin izolare şi protecţie de sine.

Fără a putea fixa o vârstă precisă, se pare că există o perioadă situată între 45 şi 60 de ani, când mulţi indivizi se simt dezorientaţi şi nefericiţi, care ar putea contura *„criza perioadei medii de viaţă”*.

70 – 80% din bărbaţi au o criză de la moderată la severă în această perioadă, determinată de schimbări bruşte şi neaşteptate la locul de muncă sau în relaţia mari-Personalitatea normală şi patologică 99

tala, şi care se manifestă prin depresie severă, creşterea consumului de alcool sau de droguri, schimbarea cu un alt stil alternativ de viaţă. Persoanele aflate în această situaţie simt că nu mai au resurse şi că cele restante sunt inadecvate pentru stăpânirea

stresurilor survenite în viaţa lor. Resimt acut senzaţia îmbătrânirii şi sentimentul implacabil al înfruntării morţii. Asocierea dintre aceste conştientizări cu stările de panică sau de depresie constituie sindromul de criză al perioadei medii de viaţă.

Exista numeroase evenimente care modifică stilul de viaţă al persoanei în timpul perioadei medii de viaţă, dar ele sunt stăpânite fără suferinţă. Numai atunci când evenimentele de viaţă sunt prea severe şi surprinzătoare, ca moartea soţiei, pierderea slujbei, o suferinţă somatică gravă, persoana trăieşte o tulburare emoţională de asemenea proporţii încât determină denumirea drept criză a perioadei medii de viaţă. Bărbaţii şi femeile predispuşi la această criză par să provină din familii caracterizate printr-unul sau mai multe din elementele următoare survenite în timpul adolescenţei: neînţelegeri parentale, îndepărtarea de părintele de acelaşi sex, părinţi anxioşi, părinţi impulsivi cu un nivel scăzut al responsabilităţii.

Problematica complexă legată de profesie este generată de satisfacţia sau insatisfacţia dată de muncă, adaptarea la locul de muncă, şomajul. Efectele şomajului îi afectează pe cei cu venituri mici. Efectele psihologice şi fizice pot fi enorme. Nucleul identităţii persoanei care este atât de adesea legat de profesie şi de procesul propriu-zis al muncii, este serios afectat atunci când este pierdut locul de muncă. Este important să menţionam aici incidenţa crescută a alcoolismului, a tentativelor de suicid şi a actelor de violenţă sau debutul tulburărilor psihice.

PERIOADA BĂTRÂNEŢII

Etapa a VIII-a: Integritate / Disperare şi izolare (peste 65 de ani)

În etapa a opta a ciclului de viaţa, după Erikson, exista conflictul între integritate – sentimentul de satisfacţie pe care îl simte cineva, reflectat asupra unei vieţi trăite productiv şi disperare – sentimentul că viaţa

nu a avut nicio utilitate.

Maturitatea târzie poate fi o perioadă a mulţumirii, un timp în care să te bucuri de nepoţi, să-ţi contempli rezultatele marilor eforturi făcute şi, poate, să vezi roadele propriei munci puse în valoare de generaţiile mai tinere. Integritatea permite acceptarea propriului loc în ciclul vieţii şi recunoaşterea faptului că viaţa ta este propria ta responsabilitate. În ceea ce îi priveşte pe proprii părinţi, există o acceptare a ceea ce sunt sau au fost şi o înţelegere a felului în care şi-au trăit propriile vieţi.

În orice caz, nu există linişte sau mulţumire la bătrâneţe decât dacă persoana a dobândit intimitate şi şi-a îndeplinit menirea de procreator. Fără procreere nu există convingerea că propria viaţă a avut vreun rost. Fără această convingere, apare teama de moarte şi un sentiment de disperare sau nemulţumire.

Conceptul ciclului vieţii a constituit cadrul pe care s-au dezvoltat teoriile psihopatologice, mai ales cele legate de stres, *„coping"* şi relaţia cu tulburările psihiatrice, teoria eriksoniană împlinindu-şi cu succes rolul de placă turnantă în continuumul reprezentat de cele două condiţii: sănătate şi boală mintală. Perspectiva oferită de o astfel de temă a fost exploatată generos de studiile care, în viziunile moderne ale psihiatriei, iau

100 O abordare modernă a psihologiei medicale în calcul rolul pe care îl joacă atât experimentele de viaţă îndepărtate, cât şi cele recente, în constituirea acelor seturi de resurse interne şi externe de care individul dispune pentru a se adapta.

Teoriile contemporane completează teoria ciclului vieţii, ajungând la o configuraţie mai complexă decât a cercului iniţial descris, şi anume la cicluri suprapersonale articulate între ele, fiecare reprezentând de fapt un ciclu al vieţii, cu direcţii de dezvoltare specifice, suprapunându-se, intersectându-se, ciocnindu-se şi uneori întărindu-se reciproc: ciclul biologic-

reproductiv, ciclul familial-marital, ciclul educaţional-vocaţional. Se mai descriu în literatură: ciclul familial, ciclul profesional, ciclul locativ, ciclul relaţiilor sociale etc.

Un astfel de model s-ar putea dezvolta pornind de la teoria ciclurilor vieţii, înţelese nu doar în sensul restrâns al cronologiei, ci într-un sens mai larg, care presupune angajarea dinamică a persoanei în proiecte de viaţă, care îi implică şi pe alţii, mai ales pe cei din ambianţa socială proximă.

În diversele domenii de viaţă se desfăşoară diferite programe existenţiale care au un început şi un sfârşit, se pot relua în alt context şi, în general, asemenea „parcursuri" existenţiale se desfăşoară în paralel din perspectiva diverselor cicluri suprapersonale – familia proprie şi de origine, la locul de muncă şi la şcoală, probleme legate de locuinţă, de activitate profesională specială, activitate socială, politică, etc. În fiecare din aceste domenii se depune efort, sunt trăite stresuri şi satisfacţii; ele se pot cumula la un moment dat după mai mulţi ani, sau eforturile şi stresurile dintr-un ciclu sunt compensate prin satisfacţiile din altul.

Iată de ce, urmărirea ciclurilor vieţii, a dinamicii, a schimbărilor ce se petrec în cadrul acesteia, permite clarificarea de ansamblu a abilităţilor persoanei, a satisfacţiilor şi stresurilor ce se corelează la un moment dat cu reţeaua socială externă, fapt ce ar putea explica creşterea sau scăderea circumstanţială a vulnerabilităţii.

În perspectiva diacronă, în spatele tuturor straturilor de temporalitate menţionate, se întâlneşte „durata" proprie a existentei unei persoane date; ax al duratei ce derivă din biografie şi se contopeşte cu identitatea persoanei pe care o întâlnim ca element esenţial în perspectiva structurală a acesteia, iar deasupra duratei şi straturilor de temporalitate, prin mijlocirea prezentului trăit se împlineşte devenirea persoanei. Astfel, se constituie ceea ce s-ar putea numi

„biografia” unei persoane, care poate fi considerată din exterior şi descrisă într-o manieră romanescă sau evidenţiată prin repere schematice. Dar nu trebuie ignorat nici ceea ce s-ar putea numi „biografia internă”, ce constă în metamorfoza sensurilor şi angajărilor existenţiale, a devenirii intime a persoanei în contextul lumii umane care o învăluie şi-i dă sens.

TEREN PREMORBID ŞI VÂRSTĂ

Asupra discutatului premorbid, vârsta va juca un rol deosebit fiind o coordonată majoră la care se va referi dinamica şi specificitatea oricărui tablou clinic; există o nevroză a adolescentului, una a adultului, şi alta a bătrânului, ca şi o boală afectivă a maturităţii şi una a involuţiei, aceste delimitări fiind de această dată modificate nu doar în formă ci şi în conţinut.

Personalitatea normală şi patologică 101

Patologia psihiatrică se leagă şi se va lega de experienţa trăită. Conţinutul trăirilor patologice este uneori absurd, dar niciodată abstract. Dependenţa de vârstă a experienţei trăite nu trebuie demonstrată, după cum nu vom mai insista asupra felului în care vârsta intervine în structura personalităţii.

Vom mai nota că factorul vârstă va interveni în determinarea formală a aspectului clinic prin rolul pe care îl joacă asupra fondului somatic, care va prezenta bineînţeles caracteristici ce nu vor fi desigur confundate cu boala sau cu consecinţele acesteia, aşa cum nu vom face nici în cazul structurilor psihice.

Senescenţa, adolescenţa, climacteriul nu sunt nici boli, nici cauze de boli, nici terenuri patologice în sine, ci doar aspecte de sinteză ale modificărilor induse de vârstă. Desigur continuarea eforturilor de delimitare şi descriere a normalului, a sănătăţii în perioadele „critice” ale existentei, vor aduce o mai corectă abordare a aspectelor patologice de la aceste vârste.

Importanţa factorului vârstă este relevată şi de modificarea tablourilor clinice la acelaşi individ odată cu

înaintarea în vârstă. Cât din aceasta se datorează evoluţiei bolii şi cât modificărilor normale pe care individul în unitatea sa biopsihosocială le suferă odată cu trecerea timpului, este o întrebare care nu are în momentul de faţă un răspuns adecvat.

BOALĂ ŞI PERSONALITATE

Fundalul bolii psihice ca şi al normalului este personalitatea. Ea va fi cea care va da nota particulară şi de diversitate fiecărui tablou clinic. De fapt, aceasta este şi marea dificultate dar pe de altă parte şi marea specificitate caracteristică psihiatriei. Cele două componente ale cuplului patogenic, terenul şi agentul patogen se află în psihiatrie într-o relaţie de strânsă întrepătrundere, alcătuind o ecuaţie ale cărei soluţii sunt infinite. Şi asta pentru că, spre exemplu, dacă în reacţii agentul patogen (trauma psihică) va fi exterior terenului (personalitatea), în dezvoltări el se va şi suprapune structural şi genetic peste aceasta (boala aflându-şi cauza şi în însăşi dizarmonia personalităţii), iar în procese, intersecţia celor două componente generatoare ale bolii conduce la transformarea tuturor elementelor originale ale personalităţii. Desigur că relaţia dintre cei doi factori amintiţi mai sus nu este o relaţie mecanică; complexitatea retroacţiunilor, interdependenţelor, o face greu descriptibilă şi practic imposibil de cunoscut în intimitatea ei.

Mai mult decât în oricare domeniu al medicinii, în psihiatrie existenţa bolnavilor şi nu a bolilor este definitorie. Aceasta nu înseamnă, aşa cum au încercat unii să demonstreze, că bolile nu există; şi cu atât mai puţin înseamnă ceea ce alţii susţin cu suverană suficienţă, că nu asistam decât la o boală unică.

Semnificaţia celor arătate anterior se regăseşte în diversitatea clinică a tulburărilor mintale, indiferent de intensitatea lor nevrotică, psihotică sau, şi de ce nu, demenţială, care se transfigurează la nivel individual într-o caleidoscopică organizare.

Munca psihiatrului ar fi sisifică în încercarea de descriere a tuturor acestor tablouri, iar nosografia ar părea un *„butoi al Danaidelor”* dacă în permanenţă nu s-ar face efortul critic al determinării premorbidului. Punerea acestuia în evidenţă, stabilirea legăturii inteligibile dintre preexistent şi existent, ca şi sesizarea exactă a nivelului şi caracteristicilor personalităţii oricum în suferinţă sunt condiţiile sine qua non ale psihiatriei.

În stabilirea diagnosticului şi în înţelegerea cazului, medicul trebuie să rezolve o problemă fundamentală şi anume să coreleze tabloul clinic actual cu aspectele personalităţii premorbide pe care acesta s-a grefat şi să aprecieze astfel eventualitatea accentuării unor trăsături care se manifestau evident şi anterior îmbolnăvirii; modificarea calitativă a personalităţii – operaţie dificilă şi cu importante consecinţe în ceea ce priveşte diagnosticul şi îndeosebi terapia.

O personalitate nu se poate restructura datorită bolii decât de la un nivel pe care l-a atins, în jos. Această diferenţă trebuie să fie reală, între ceea ce a fost şi ceea ce este şi nu între ceea ce ar fi putut fi, sau ceea ce ne imaginăm că a fost, sau între proiecţia ideală a psihiatrului şi realitate.

Acelaşi lucru este valabil şi pentru substructurile personalităţii: atunci când afirmăm deteriorarea mintală, va trebui să ne referim la dezvoltarea mintală a subiectului în cauză care este acum decalată în performanţe.

Maver-Gross concluziona asupra unui lucru observat de mult timp în psihiatrie, că modul de reacţie corespunde trăsăturilor celor mai reprezentative ale personalităţii la care acesta apare, deci reacţiile sunt aproape întotdeauna în sensul personalităţii.

De asemenea, celelalte psihogenii prin însăşi definiţia lor – de boli de „dezvoltare” vor urma sensul

personalităţii. Înţelegerea acestui lucru ne va împiedica în tentaţia hiperanalitică de a descrie noi şi noi entităţi şi forme clinice, pentru că pare evident că fiecare tip de boală, indiferent de intensitatea ei psihopatologică (până şi la nivel demenţial) va căpăta nuanţa dominantă a personalităţii premorbide, dezvoltând o simptomatologie generată de suprapunerea sau de interferenţa morbidului cu premorbidul.

Dacă personalitatea nu este o cheie psihopatologica pentru explicarea conţinutului întregii patologii (aşa cum ea este pentru psihogenii), ea va fi şi în cadrul celorlalte boli factor patoplastic, făcând comprehensibilă forma, dar nu şi conţinutul.

Intuiţia kretschmeriană (devenită dogmă din păcate pentru o lungă perioadă de timp) care opunea picnicul leptosomului în tentativa de a stabili calea către psihoză, îşi găseşte în realitatea clinică o nuanţată exprimare, chiar atunci când procesul schizofren se instalează la tipul picnic, el are o pronunţată nuanţă afectivă.

Absolutizarea rolului structurii premorbide poate însă duce la impasuri majore, după cum se va vedea din unul din cele mai banale: s-au descris, o structură psihopatică şi una nevrotică între care s-a stabilit ca linie de demarcaţie „păstrarea posibilităţii comparaţiei între starea sa dinainte de boală şi îmbolnăvire” (Nica-Udangiu).

Se admite însă posibilitatea „psihopatizării” nevrozelor după o mai lungă şi trenanta evoluţie. Întrebarea care se pune este: acest nevrotic psihopatizat mai „păstrează” întotdeauna posibilitatea comparaţiei comportamentului său înainte şi după îmbolnăvire? Dacă da, atunci nu a devenit „psihopat”; dacă nu, atunci cum ştim că nu a fost „psihopat”?

Desigur acesta este un simplu demers teoretic care demonstrează dificultăţile de încadrare în modele, delimitările având o zonă lipsită de exactitate care îşi are originea tocmai în uriaşa variabilitate umană şi în

dificultatea stabilirii de modele.

Interferenţa care se produce în cadrul sindroamelor psihoorganice cronice (şi chiar în cele acute), în care patologia ce ar trebui să fie organizată după modelul strict medical (leziune-disfuncţie) are un caracter de globalitate; faptul că ele se diferenţiază evidenţiind cel mai adesea dizarmoniile existente în personalitatea premorbidă, ne

Personalitatea normală şi patologică îndreaptă pentru admiterea reciprocei: „structura somatică" va avea un rol în expresivitatea tabloului clinic. Constituţia biologică, integritatea ei morfo-funcţională, rezistenţa ei la dezadaptare, toate acestea se vor regăsi nuanţat în tabloul morbid. Iată câteva din circumstanţele medicale care pot avea ca expresie schimbarea personalităţii subiectului: tulburările comiţiaie, în special cele cu origine în lobul temporal, leziunile lobului frontal, tumorile, abcesele şi alte leziuni cerebrale. Bear şi Fedio au descris caracteristicile personalităţii pacienţilor cu epilepsie a lobului temporal: hipo- sau hipersexualitate, vâscozitate emoţională („adezivitate"), hiperreligiozitate, intensificarea emoţiilor, hipergrafie, circumstanţialitate, supraîncluziune, lipsa umorului, tendinţe paranoide şi accentuarea extremă a sentimentului moral. Este important de reamintit că în cazurile în care există o patologie predominantă a lobului frontal, abilităţile cognitive sunt relativ păstrate.

Cauzele medicale ale schimbărilor de personalitate (după M.K. Popkin, 1986)

Demenţa corticală (poate fi manifestarea timpurie)

Tumorile SNC

Afecţiuni ale lobului frontal (în special asociate cu leziunile orbitale sau cu tumori) Traumatism cranian Intoxicaţii (de ex. plumb) Sindrom posteonvulsiv Psihochirurgie Accidente vasculare Hemoragie subarahnoidiană

Demenţă subcorticală (deseori o manifestare care

iese în evidenţă) Afecţiuni ale lobului temporal (în special de tip iritativ / convulsiv)

Revizia a X-a a clasificării tulburărilor mintale şi de comportament OMS, 1992 introduce conceptul de tulburare de personalitate organică pe care o caracterizează ca: o *alterare semnificativă a modelelor obişnuite a comportamentului premorbid. În special sunt afectate expresia emoţională, trebuinţele şi impulsurile, funcţiile cognitive sunt defectuoase în special sau doar în sfera planificării propriilor acţiuni şi anticipării consecinţelor lor pentru subiect*.

În afara unui istoric stabilit sau a unei alte dovezi de boală, leziune, sau disfuncţie cerebrală, un diagnostic cert necesită prezenţa a două sau mai multe din următoarele caracteristici:

Capacitate constant redusă de a persevera în activităţi cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp şi satisfacţii amânate;

Comportament emoţional alterat, caracterizat prin labilitate emoţională, bună dispoziţie superficială şi nejustificată (euforie), veselie neadecvată; schimbare rapidă spre iritabilitate sau scurte explozii de mânie şi agresiune; în unele cazuri poate apărea apatia, care poate fi trăsătura predominantă;

Dezinhibarea expresiei necesităţilor şi impulsurilor fără a lua în considerare consecinţele sau convenţiile sociale (pacientul se poate angaja în acte disociate ca: furtul.

104 O abordare modernă a psihologiei medicale avansuri sociale nepotrivite, bulimie sau manifesta desconsiderare pentru igiena personală);

Tulburări cognitive sub forma suspiciunii sau ideaţie paranoidă şi/sau excesivă preocupare pentru o unică temă de obicei abstractă (de exemplu religia, „adevărul”. „Eroarea” etc.);

Alterare marcată a debitului şi fluidităţii verbale, ceea ce se traduce prin: circumstanţialitate,

hiperimplicare, vâscozitate şi hipergrafie;

Comportament sexual alterat (hiposexualitatea sau schimbarea preferinţei sexuale.

Totuşi, aşa cum nu există psihogeneză pură (nu există emoţie fără tulburări neurovegetative şi endocrine, afirmă în 1973 Sivadon), tot aşa nu se poate vorbi de personogeneză în sens neurologic.

TULBURĂRI DE PERSONALITATE

Pentru a denumi tulburările de personalitate aşa cum le înţelegem şi le denumim azi, de-a lungul timpului au fost folosiţi o serie de termeni cu destin lingvistic variabil şi cu o arie de răspândire mai mult sau mai puţin importantă. Termeni ca *folie sans delir* (Ph. Pinel), *nebunie morală* (J.C. Prichard), *inferioritate psihopatică*, *psihopatie* (J.L. Koch), *anetopatie*, *caracteropatie*, *personalitate psihopatică* (E. Kraepelin), *nevroză de caracter*, *dizarmonie de personalitate*, *tulburare de personalitate*, au căutat de-a lungul timpului să acopere domeniul tulburării de personalitate, acest lucru fiind de înţeles în contextul în care *chiar conceptul de personalitate*, *cheia de boltă a psihologiei şi* o *psihopatologiei cunoaşte zeci de definiţii şi sute de accepţii* (G. Ionescu). Formulările menţionate au ţinut seama fie de presupusa determinare etiopatogenică a tulburării de personalitate, fie de modelul personalităţii însuşit de autori, fie chiar de tabloul psihopatologic.

Vom trece în revistă o serie de definiţii din ultima jumătate de veac care ni s-au părut mai complete:

Este imposibil de dat o definiţie a personalităţii psihopatice. Prin personalitate psihopatică înţelegem acele personalităţi discordante caracterizate prin particularităţi cantitative ale instinctului, temperamentului şi caracterului şi a căror activitate intenţională şi unitară este influenţată de anomalii în perceperea propriei persoane şi a semenilor, fapt ce duce la înlocuirea valorilor reale cu false valori şi a scopurilor autentice vitale cu pseudoscopuri. (E. Kahn, 1931)

Personalităţile psihopatice sunt acele personalităţi anormale care suferă datorită anormalităţilor structurale sau care, prin acestea fac societatea să sufere (K. Schneider, 1934).

Psihopatie ca prefix, a devenit un coş de gunoi în care sunt aruncate tot felul de lucruri. Între aprecierile relative şi şovăitoare ale societăţii în ceea ce priveşte aşa-zisul nebun şi aşa-zisul criminal, psihopatia se situează într-o zonă de tranziţie diferită de cele două, integrându-se într-una sau alta, mai mult sau mai puţin accidental (P. White, 1935)

Denumim prin personalităţi psihopatice, acei indivizi care, în concordanţă cu un anumit nivel intelectual care niciodată nu atinge limita inferioară a normalului şi care de-a lungul întregii lor vieţi sau de la o vârstă tânără, au tulburări manifeste de tip anti-Personalitatea normală şi patologică 105

social sau asocial, cu caracter recurent sau episodic, cel mai adesea şi care se dovedesc a fi puţin influenţate de metode sociale, penale şi medicale, pentru care nu posedăm mijloace de natură preventivă sau curativă (D.K. Henderson, 1939)

Ei tind să-şi exteriorizeze social conflictele în loc să dezvolte simptomele conflictului interior (S. Levine, 1942).

Psihopatiile reprezintă un grup polimorf de dezvoltări patologice ale personalităţii caracterizate clinic printr-o insuficientă capacitate sau printr-o incapacitate episodică sau permanentă de integrare armonică şi suplă la condiţiile obişnuite ale mediului familial, profesional sau în general social (V. Predescu, 1976).

Principalele trăsături sunt reprezentate de modele rigide, necorespunzătoare, de relaţie, de percepţie şi de apreciere a lumii şi sinelui, suficient de severe, pentru a determina fie tulburări severe în adaptarea socio-profesională, fie suferinţe obiective (DSM

III, 1980).

Tulburările în modul de structurare a personalităţii sunt un grup polimorf de structuri particulare ale personalităţii care includ deviaţii calitative sau cantitative ale sferei afectiv-voliţionale şi instinctive, care se cristalizează în adolescentă şi persistă toată viaţa, se manifestă pe plan comportamental, fără a fi recunoscute ca atare de subiect, provocându-i acestuia o incapacitate de integrare armonioasă la condiţiile mediului social cu care realizează un impact permanent, dar cu răsunet existenţial variabil.

Au ca elemente definitorii: controlul incomplet al sferelor afectiv-voliţionale şi instinctive; nerecunoaşterea defectului structural; incapacitatea de integrare armonioasă în mediul social. (F. Tudose şi C. Gorgos, 1985)

Tulburarea specifică de personalitate este o perturbare severă în constituţia caracterologică şi tendinţele comportamentale ale individului, implicând de obicei mai multe arii ale personalităţii şi asociate aproape întotdeauna cu o considerabilă disrupţie personală şi socială. Tulburarea de personalitate tinde să apară în copilăria tardivă sau în adolescenţă şi continuă să se manifeste în viaţa adultă. Din această cauză este improbabil ca diagnosticul de tulburare de personalitate să fie cel corect pentru un pacient care nu a împlinit încă 16 sau 17 ani. (ICD-10, 1992)

Tulburarea de personalitate este un pattern persistent de experienţă interioară şi comportament care deviază în mod clar de la aşteptările pe care le avem din partea insului; acest pattern este pervaziv şi inflexibil, cu debut în adolescenţă sau timpuriu în viaţa adultă, stabil în timp şi care determină disfuncţionalitate. (DSM-IV, 1994)

Personalităţile dizarmonic-psihopate se caracterizează prin:

— O dizarmonie caracterială gravă şi persistentă

care se exprimă prin diverse tipologii;

— Această tulburare influenţează negativ (perturbator) existenţa interpersonal-socială a individului; judecarea morală poate fi deseori, deficitară;

— Dizarmonia este urmarea disontogenezei persoanei; anormalitatea fiind neevolutivă şi greu inluenţabilă prin educaţie, sancţiuni sau chiar prin tratament psihiatric.

Există şi alte caracteristici care, însă, nu se întâlnesc în mod obligatoriu la toate cazurile de psihopatie, ci mai ales la cele etichetate ca „sociopatice" ori „nucleare":

subiectul urmăreşte satisfacerea propriilor interese şi plăceri, fără a ţine cont de alţii (egocentric, hedonic);

106 O abordare modernă a psihologiei medicale subiectul este de acord cu comportamentul lui (egosintonic);

În situaţii conflictuale este de părere că alţii sunt vinovaţi (extrapunitivitate);

Îi determina pe alţii să sufere mai mult decât suferă el însuşi;

atitudinea activă şi heteroagresivă predomină asupra celei inhibate;

lipsa de adecvare nuanţată la diverse situaţii, incapacitatea de a învăţa din experienţă (psihorigiditate). (M. Lăzărescu şi D. Ogodescu, 1995)

Ansamblul caracteristic şi persistent de trăsături, predominant cognitive, dispoziţionale şi relaţionale, ilustrate printr-un comportament care deviază în mod evident şi invalidant de la expectaţiile faţă de persoana respectivă şi de la normele grupului său social. (G. Ionescu, 1997).

Dintre factorii incriminaţi în etiologia plurifactorială a tulburărilor de personalitate au fost incriminaţi ereditatea, factorii perinatali, factori de microorganicitate, factori mezologici, factori de dezvoltare, fără ca să existe până în acest moment niciun

consens ştiinţific şi nici măcar dovada unei legături de cauzalitate suficient de importante pentru a fi luată în discuţie.

Interesul deosebit de prezentare a tulburărilor de personalitate în această lucrare este legat cel puţin de următoarele aspecte:

Personalitatea şi implicit tulburările de personalitate reprezintă fundalul pe care se desfăşoară tragedia bolii psihice sau somatice şi în acest context perceperea ei de către medic sau psihologul clinician va suferi distorsiuni caracteristice.

Situate la limita normalitate-boală, fără să îşi poată defini un statut, tulburările de personalitate vor fi uneori confundate cu boala psihică, creând dificultăţi de diagnostic şi abordare

Tulburările de personalitate ale membrilor familiei bolnavului pot complica în cele mai diverse ipostaze intervenţia terapeutică.

Medicul sau psihologul clinician pot fi ei însăşi personalităţi care se înscriu în această sferă iar acest lucru va genera dificultăţi de relaţionare extreme.

Abordarea bolnavilor cu tulburări de personalitate indiferent de suferinţa pe care o au – psihică sau somatică – cere abilităţi şi efort suplimentar.

Subliniem toate acestea pentru a ne delimita şi de aceia care consideră că aceste personalităţi sunt *sarea şi piperul omenirii… tulbură valurile vieţii sociale şi uneori le dau culoare*. Amestecul armonie-dizarmonie-normalitate-anormalitate-incertitudine – delimitare ca fundal acceptat pentru demersul medical sau psihologic, va fi doar un inutil marş în deşert spre o ţintă care este fata morgană. Acolo cel care va rătăci se imaginează ca un stăpân al adevărului acceptând paradoxul că orice aserţiune poate fi în acest context adevărată sau falsă.

Tulburările de personalitate sunt alcătuite din *trăsături* de personalitate, care arată o persistenţă maladaptativă şi inflexibilitate. Trăsăturile de

personalitate sunt patter-nurile durabile ale comportamentului.

a. Trăsăturile nu sunt patologice şi nici nu sunt diagnosticabile ca tulburări mintale.

b. Recunoaşterea acestor trăsături poate fi folositoare oricărui medic în înţelegerea reacţiei faţă de stres, boală sau oricare altă situaţie cu implicaţii medicale.

Funcţia homeostatică realizată de personalitate pentru mediul psihosocial obişnuit al pacientului poate fi profund dezadaptativă în cadrul sistemului medical la care acesta este nevoit să apeleze. Tulburările comportamentale care rezultă pot fi etichetate ca tulburări de personalitate, neadaptare, nevroză, comportament normal în condiţiile afecţiunii date, regresie psihologică legată de boală sau caracter patologic.

Acordarea importanţei cuvenite factorilor psihodinamici, de dezvoltare şi de personalitate este importantă pentru medic din următoarele motive:

reacţiile negative ale unui specialist în faţa pacientului pot îndepărta clinicianul de problemele medicale reale.

tulburările de personalitate pot avea ca rezultat un diagnostic incorect şi un tratament insuficient sau nepotrivit. (De exemplu, comportamentul neajutorat şi indecis al unui pacient cu tulburare de personalitate de tip dependent poate fi interpretată greşit ca aparţinând unei depresii şi deci tratată cu medicaţie antidepresivă);

complicaţiile legate de personalitate pot fi tratate de obicei într-un termen scurt.

Scopul recunoaşterii tulburării de personalitate este cel de a înţelege comportamentele pacientului faţă de boală, un exemplu clasic fiind cel al comportamentelor adictive în care abuzul de droguri nu poate fi tratat fără a înţelege trăsăturile de personalitate care îl însoţesc.

Frecvent tulburările de personalitate complică relaţia medic-pacient dar tot atât de frecvent, tulburările de personalitate sunt trecute cu vederea, în special la vârstnici. La această vârstă, multe din comportamentele dezadaptative sunt puse pe seama organicităţii sau a deteriorării cognitive datorată vârstei. Cu toate acestea, retrospectiva evenimentelor şi conduitelor din trecut, poate orienta rapid medicul în identificarea unei tulburări de personalitate.

Informaţii utile în descrierea personalităţii pot fi obţinute din observarea felului în care pacientul este îmbrăcat şi modul în care participă la dialogul cu medicul. Machiajul strident sau, dimpotrivă aspectul neîngrijit, mimica exagerată sau indiferenţa faţă de situaţie sunt elemente importante.

Ascultarea modului în care pacienţii îşi exprimă nevoile, a faptului că prezentarea este prea dramatică sau excesiv de patetică, orientează atât spre existenţa unei tulburări de personalitate, cât şi spre tipul acesteia. Acelaşi lucru se întâmplă atunci când pacientul încearcă să se prezinte într-o lumină exagerat de măgulitoare.

Răspunsurile la întrebări specifice de tipul: *Cum a interacţionat cu persoane importante*? *Se simte pacientul apropiat sau încrezător în cineva*? *Pacientul are un comportament manipulator sau exagerat de dependent*? *Ce comportament anormal a mai prezentat pacientul în trecut*? *În ce fel se comportă în relaţia cu cei care îl îngrijesc*? *A intrat vreodată în conflict cu aceştia*? *Ce a fost benefic şi ce nu în relaţiile cu medicii care l-au îngrijit anterior*? vor aduce informaţia necesară creionării tipului de personalitate şi va permite evaluarea necesară plasării acestuia între normalitate şi tulburare.

Relaţii suplimentare care să contureze tabloul personalităţii pacientului pot fi obţinute de la prieteni, familie, colegi, parteneri de cuplu. De asemenea, tabloul poate fi şi mai bine conturat prin folosirea unor teste de

psihodiagnostic cum ar fi: inventarul multifazic de personalitate Minnesota (MMPI), considerat de psihologii şi medicii americani cel mai bun test standardizat pentru evaluarea personalităţii. Un avantaj suplimentar al MMPI-ului este faptul că se autoadministrează şi că în ultima vreme poate fi pre

lucrat automat pe computer. Dintre dezavantaje enumerăm lipsa unei standardizări româneşti recunoscute şi timpul mare necesitat de completarea acestuia.

O CLASIFICARE A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ŞI IPOSTAZE MEDICALE ALE ACESTORA

În recunoaşterea pacienţilor cu tulburări de personalitate este utilă identificarea unor caracteristici care pot orienta către această ipostază diagnostică medicul sau psihologul.

Caracteristicile obişnuite ale pacienţilor cu tulburări de personalitate

Modele de comportament cronice şi durabile, nu episodice

Blamarea constantă a altora

Uşor de înfuriat sau de făcut geloşi

Ego-sintonic

Funcţia socială şi ocupaţională tulburată

Dependenţă sau independenţă excesivă

Frecvent „dezamăgiţi” de către partener

Impulsivi sau compulsivi

Exacerbare produsă de afecţiunile SNC, traumatism cranian şi stres

Standarde şi opinii inflexibile

Iritabilitate

Abilităţi empatice reduse

Înşelarea persoanelor pentru a ajunge la un rezultat final

Egocentrism

Deseori rezistenţă la tratament
Trecere de la subevaluare la supraevaluare
Relaţii interpersonale tulburi sau instabile

Dintre numeroasele clasificări şi categorisiri ale tulburărilor de personalitate pentru a evita pe de o parte pericolul dogmatic, iar pe de cealaltă parte atomizarea tipologică, vom folosi modelul standardizat şi operant introdus de lucrări specializate şi unanim recunoscute în lumea medicală: Manualul Statistic de Diagnostic, ediţia a IV-a al Asociaţiei Americane de Psihiatrie (DSM-IV) şi revizia a-X-a Clasificării Internaţionale a Bolilor (CIM-10) elaborat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii la care vom adăuga în prezentarea noastră câteva din tulburările de personalitate care prin frecvenţă şi specificitate forţează uşile taxonomiei.

Personalitatea normală şi patologică

Tipul de personalitate	Trăsături esenţiale	Trăsături asociate	Complicaţii
Paranoidă	Suspiciozitate exagerată, neîncredere generalizată, controlul fidelităţii şi autenticităţii datelor, faptelor şi situaţiilor, interpretativitate, reţinere, distanţare, ermetizare, non-confidenţialitate, tendinţe de	Rigoare logică, argumentativitate şi persuasiune, combativitate şi tenacitate, nevoia de a fi recunoscut, stimat, slabă toleranţă la pierdere, eşec sau frustrare, intoleranţă la	Scurte episoade psihotice, poate apărea ca un antecedent al depresiei majore schizofreniei, tulburării delirante

	putere, valorizare, dificultăţi interrelaţionale, de integrare şi armonizare	minimalizare, rejecţie, ignorare, heteroatribuire a insucceselor, rezonanţă afectivă redusă, tendinţă la autonomie, incapacitate de cooperare, exigenţă şi intransigenţă, tendinţă de autovalorizare, atitudine de supraestimare şi fantasme de grandoare şi omnipotenţă, supravalorizare a rangului, dispreţul pentru cei slabi, incapabili	
Schizoidă	Introversie marcată, detaşarea de realitate, sociofobie, non-implicare, rezonanţă afectivă redusă, disponibilitate scăzută de a trăi pierderea, eşecul, frustrările,	Înclinaţia spre introspecţie şi reverie, indiferenţă faţă de lauda sau critica celorlalţi, preocupări reduse ori absente pentru activitatea	Poate apare ca un antecedent premorbid al tulburării delirante al schizofreniei sau al tulburării depresive majore

	preferinţe pentru activităţi solitare, conduita neconvenţională sau bizară	sexuală	
Schizotipală	Aspecte particulare şi excentricităţi în comportament şi în prezentare, rezonanţă afectivă redusă, relaţionare slabă, ideaţie dominată de convingerea că posedă însuşiri rare, particulare, ilustrate prin clarviziune, capacitate de premoniţie, telepatie sau superstiţie.	Convingeri şi experienţe senzoriale insolite, ciudate sau gândire magică, anxietatea de fundal cu conţinut primordial social, episoade psihotice tranzitorii, ruminaţii obsesive cu conţinut dismorfofobic, sexual sau agresiv, exprimare circumstanţială, metaforică hiperelaborată	Suicidul, episoade cvasipsihotice tranzitorii, tulburarea delirantă, tulburarea schizofreniformă, schizofrenie, depresia cu alură distimică, episoade depresive majore

Antisocială	Sfidarea şi violarea normelor, regulilor şi obligaţiilor sociale, conduită insensibilă,	Instabilitate psihică, ignorarea problemelor personale curente şi de	Alcoolismul şi toxicomania, tulburarea de somatizare, tulburarea

	arogantă şi dispreţuitoare, lipsă de regret, de remuşcare sau a sentimentelor de culpabilitate, disponibilitatea de continuă reiterare a actelor sale indezirabile, iritabilitate, impulsivitate, manifestări elastice şi agresivitate, ignorarea expectaţiilor negative şi a consecinţelor conduitei sale, incapacitatea de a învăţa din experienţe negative, tendinţa de a blama şi injuria pe alţii, incapacitatea de a menţine relaţii autentice şi durabile	perspectivă, siguranţă de sine, aroganţă, supraestimare şi dispreţ pentru muncă, aspect şi ţinută corectă, agreabilă, volubilitate în comunicare, antecedente personale în care distingem minciuna, înşelăciunea, evaziunea şi numeroase acte ilegale sau în orice caz imorale	ciclotimică, suicidul
Bor derline	Intensitatea şi versatilitatea relaţiilor interpersonale, binomul dispoziţional în raporturile	Reactivitat ea şi instabilitatea dispoziţiei, comportamentu l imprevizibil, acreditarea	Episoade psihotice (denumite uneori micropsihotic e), simptome psihotice

	interpersonale, reacţii impulsiv-agresive la incitaţii minime, intoleranţa solitudinii, sentimentul de vid interior, sentimentul inconsistenţei sau dispersiei identităţii	afectivă exclusivă, acte autodistructive repetitive	propriu-zise episoade depresive majore, tentative de suicid, alcoolism
His trionică	Polarizarea atenţiei celorlalţi, labilitate şi versatilitate dispoziţională, comportament seducător şi provocator, catarsis afectiv facil, comunicare colorată, metaforică, conduită erotizată şi realitate sexuală dispoziţională, sugestibilitate impresionabilitate, permeabilitate, dramatizarea conţinutului comunicării	Personalizarea relaţiilor, redusă disponibilitate sau incapacitate de menţinere a relaţiilor, abilitate pentru noutate, stimulare sau schimbare, autoipostaziere în roluri extreme sau insolite, intoleranţă la ignorare sau periferizare, incapacitate de amânare, entuziasmare facilă şi efemeră, comportament manipulativ,	Tulburări de somatizare episoade depresive, dependenţe medicamentoase, tentative sui-cidare, tulburări de dinamică sexuală

		dependenţă de cel investit afectiv, ameninţări cu suicidul sau	

		tentative suicidare demonstrative, amnezia traumelor, frustrărilor, afectelor dramatice (*Ia belle indifference*)	
Narcisiacă	Autoevaluare a exagerată, nerealistă, fantezistă, idealizarea propriei persoane, invocarea explicită şi implicită prin conduită a calităţilor şi importanţei sale, expectaţii disproporţionate ca aceste însuşiri exagerate să fie acceptate, recunoscute şi apreciate ca atare	Fantasme de succes nelimitat, mărire, putere, bogăţie, manipulator al relaţiilor interpersonale, sensibilitatea la critică, insucces, frustrare sau pierdere, sentimente ostile sau malefice, pe care le proiectează asupra	Tulburarea distimică, tulburarea depresivă majoră, toxicomania sau alcoolismul

	de către ceilalţi, conduită distantă, arogantă, emfatică, non-receptivitate şi insensibilitate la opinii diferite, sfaturi sau îndemnuri, disponibilităţi empatice reduse, aviditate pentru titluri, demnităţi, situaţii, onoruri, ranguri	interlocutorilor	
Evitantă	Sociofobie cu evitarea activităţii ocupaţionale care implică relaţii interpersonale, prudenţă excesivă şi rigoare în orice relaţionare, teama de a fi ridiculizat sau respins, teama de a nu fi criticat sau umilit în public, stare de aprehensiune sau de anxietate persistentă, pervazivă şi limitativă, evitarea şi teama de a iniţia noi relaţii interpersonale,	Hipersensibilitate şi tendinţă la interpretativitate, tendinţa de a exagera eventualele riscuri, eşecuri, pericole, trăirea intensă, dureroasă a inacceptării, refuzului, respingerii şi discriminării, nevoia de certitudine, stabilizare şi securizare	Tulburări anxioase, depresii, fobii sociale

	ataşamente personale restrictive, subestimarea însuşirilor şi disponibilităţilor personale, dorinţa de a fi acceptat şi simpatizat, nevoia de tandreţe, securizare şi reasigurare, dificultate în deliberare, decizie şi angajare		
De pendentă	Autostimă redusă prin subestimarea calităţilor şi disponibilităţilor proprii, nevoia de	Teama de a fi abandonat, toleranţa excesivă faţă de persoana investită ca	Tulburare de adaptare, tulburare anxioasă, tulburare depresivă

	aprobare, de acceptare şi de suport, sacrificii în vederea obţinerii aprobării suportului şi îngrijirii, acordă altuia girul propriilor sale responsabilităţi, dificultatea sau incapacitatea de a	protector, limitarea relaţiilor sociale la cei de care sunt dependenţi, evitarea responsabilităţilor, tendinţa de a interpreta orice contrariere sau dezaprobare ca	

	lua decizii în probleme curente, reducerea sau anularea iniţiativelor, nevoia de ataşament	expresia neîncrederii sau incapacitării sale	
Ob sesiv-compulsivă	Înalta valorizare a reglementărilor, regulilor şi ordinelor, performeri ai analizei şi detaliului, perfecţionism extrem, militanţi ai lucrului bine făcut, voluntari ai sacrificiului pentru muncă şi devotament, conştiin ciozitate, scrupulozitate, inflexibilitate, intoleranţă faţă de indiferenţă, compromis şi corupţie, militanţi ai standardelor înalte autoimpuse, exigenţa faţă de ceilalţi şi tendinţa de a le impune propriile standarde, rigori sau stil de viaţă,	Înaltă valorizare a conduitelor raţionale, comunicare concretă, necesară, reală, incapacitate de exprimare a sentimentelor tandre, reducerea diapazonului emoţional, relaţii interper-sonale reduse, indecizie, dificultăţi de deliberare	Schizofr enie, depresie majoră, dezvoltări delirante de tipul delirului de relaţie, dezvoltări hipocondriac e

	incapabili să delege autoritatea, teama de schimbare a activităţii cotidiene, a locului de muncă, a locuinţei, adepţi fanatici ai stabilităţii, conservatorism		
Pas iv-agresiv ă	Rezistenţa la solicitare sau îndemn, temporizare sau amânarea răspunsului la rugăminţi, ordine sau solicitări, caracterul indirect, sugerat sau chiar disimulat al formulării cererilor şi al exprimării dorinţelor, dependenţa ostilă faţă de persoana semnificativă cu care se află în relaţie, refuzul schimbării, comportament lamentativ	Retrflexia ostilităţii, opoziţie faţă de autoritate, anxietate, acceptarea pasivă şi egoistă a planurilor şi acţiunilor persoanei semnificative, resentimente şi invidie, iritabilitate, cinism, impresia că sunt neînţeleşi şi insuficient apreciaţi, defect de relaţionare, automanipulare a în tendinţa de justificare a poziţiei lor de dependenţă, scepticism,	Suicidul, distimia

		ambivalenţă în deliberare, neîncredere în forţele proprii, slabă autostimă.	

Interesul pentru tipurile tulburărilor de personalitate este legat de felul în care aceşti pacienţi reacţionează la situaţia de a fi bolnavi, de felul în care se comportă în spital. De asemenea, intervenţia medicală va fi mai eficientă dacă ea va fi în acord cu tipul de personalitate, adică va fi un mesaj nuanţat şi nu unul standardizat. Mecanismele de apărare vor diferi atât în calitate cât şi în eficienţă, în raport cu structura de personalitate a bolnavului în faţa situaţiei de boală.

Nivele de apărare a Eului în situaţia de a fi bolnav

Matur – sănătos şi adaptativ, cogniţie şi afectivitate integrate

Altruism – delegare, dar mulţumind pentru serviciile celorlalţi Anticipare – planificarea realistă a evenimentelor din viitor Umor – exprimarea sentimentelor şi eliberarea tensiunii Sublimarea – indirect, exprimarea parţială a nevoilor Supresia – neluarea în seamă a unui conflict în mod conştient

Nevrotic – nevoi instinctuale alterate pentru individ, care apar pentru un observator ca „amânări”.

Deplasare – redirecţionarea sentimentelor către un obiect mai puţin încărcat

Disociere – alterarea sensului de identitate pentru a evita neplăcerile

Intelectualizare – atenţie acordată detaliului, evitarea afectului

Formaţiune reacţională – comportament opus rugăminţii nedorite

Reprimare – „uitarea” unor aspecte ale realităţii

Imatur – normal la copiii mari, ajută adulţii pentru

evitarea intimităţii, obişnuit în tulburările de personalitate şi de dispoziţie

Comportament extravertit – exprimarea comportamentală a unui conflict inconştient

Hipocondrie – transformarea sentimentelor în preocupări somatice

Agresiune pasivă – complianţă deschisă, ostilitate ascunsă

Proiecţie – atribuie sentimentele proprii altcuiva

Narcisist – normal la copiii mici, alterează realitatea pentru individ, apare bolnav mintal pentru un observator

Proiectare delirantă – ideea delirantă paranoidă că sentimentele interioare provin din exterior

Distorsionare – reformularea grosieră a realităţii exterioare Negare psihotică – ignorarea fermă a unor aspecte evidente ale realităţii

După G.E. Vaillant, 1971

MODALITĂŢI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE INTERNAT

Pacienţii cu tulburări de personalitate sau comportamente regresive, deseori au crescute anxietatea, furia, indignarea, o nevoie de a pedepsi sau un comportament evi

114 O abordare modernă a psihologiei medicale tant faţa de personalul secţiei. Medicul şi psihologul clinician pot fi în situaţia de a reduce tensiunea prin educarea personalului cu privire la diagnosticul pacientului şi asupra motivaţiei pe care o are pentru reacţiile puternice afişate. Aceasta abordare detensionează de obicei situaţia prin scăderea afectelor negative în rândul personalului spitalului, şi ca urmare a acestei schimbări, reducerea problemelor afective ale pacientului.

Atunci când apare un conflict între personalul medical şi pacient, este esenţial să se aibă în vedere dacă acuzele pacientului sunt îndreptăţite. Dacă există probleme reale, atunci acestea trebuie corectate.

Pentru unii pacienţi cu tulburări de personalitate, în

special indivizii obsesiv-com-pulsivi, lucrul cu echipa în tratamentul acestora pentru a întări apărarea intelectuală a pacientului poate ajuta foarte mult.

Oferirea pacienţilor cu tulburare de personalitate de tip obsesiv-compulsiv a cât mai mult control asupra tratamentului pe care îl urmează sau a deciziilor asupra activităţilor zilnice le poate scădea anxietatea şi revendicativitatea.

Totuşi, mai frecvent, pacienţii cu tulburare de personalitate necesită limite, structură şi un mediu limitat. Controlul extensiv ajută pacientul regresat sau care funcţionează primitiv să păstreze controlul intern. Amenajarea unui mediu limitat pentru pacient nu este punitivă, ci îi asigură o structură de siguranţă. Pacienţii cu tulburare de personalitate borderline, histrionică, antisocială, dependentă sau narcisistă sunt cei mai dispuşi la a avea o astfel de structură.

MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENŢILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

Tipul de personalitate	Semnificaţia bolii	Răspuns	Intervenţie
Dependenta	Aşteaptă îngrijire şi interes nelimitate	Revendicativ sau retras în sine	Satisfaceţi nevoile cu condiţii limită
Obsesiv-compulsivă	Amenințarea controlului	Obstinant, necooperant	Informaţii; oferiţi control
Histrionică	Defect, pedeapsă	Seductiv	Reasiguraţi; evitaţi interacţiunea
Paranoidă	Confirmă suspiciunile,	Blamează pe ceilalţi,	Planuri clare, păstraţi

	aşteaptă atacul	ostilitate	distanţa
Narcisiacă	Ameninţă măreţia subiectului	Infatuare, fanfaronadă	Încredere, profesionalism
Schizoidă	Anxietate cu contact forţat	Izolat, necooperant	Acceptaţi distanţa
Antisocială	O ocazie potenţială de profit	Caută un avantaj	Stabiliţi limite
Borderline	Mai multă anxietate	Dezorganizare crescută	Stabiliţi limite

Personalitatea normală şi patologică

Schizotipala	Altcineva a provocat boala	Creşte suspiciozitatea	Invocaţi mijloace şi forţe neconvenţionale
Evitantă	O povară în plus	Cerere disperată de ajutor	Suportivitate
Masochistă	Dragoste şi îngrijire-suferinţă	Multiple acuze, respingere	Recunoaşteţi-i dificultăţile
Pasiv-agresive	O altă frustrare	Cere, blamează	Controlaţi – vă contratransferul

Îngrijirea cu succes a unui pacient cu tulburare de personalitate considerat dificil (agitat, revendicativ şi noncompliant), internat într-o secţie de spital, se bazează pe urmărirea şi îmbunătăţirea următorilor factori:

Comunicarea. Pacientul are nevoie să i se descrie simplu şi adevărat starea medicală pe care o are şi tratamentul pe care trebuie să îl urmeze. Pacientul poate încerca să despartă personalul, manipulând un membru al acestuia împotriva altuia, prin relatarea unor variante diferite ale aceleiaşi poveşti unor persoane diferite. La raportul de predare-primire a turelor va fi obligatorie şi compararea versiunilor relatărilor acestor pacienţi

Personal constant. Pacientul poate intra repede în panică dacă nu poate identifica membrii personalului care au fost repartizaţi pentru a lucra cu el. Ideal, o singură persoană trebuie să comunice toate deciziile. Deoarece acest lucru nu este posibil în realitate, ţineţi cont că pacientul poate fi speriat de fiecare schimbare de tură, sau atunci când personalul a fost repartizat altui pacient. De aceea, la începutul fiecărei ture, un membru din personal repartizat pacientului trebuie să revizuiască planul de îngrijire, să se prezinte, să se intereseze asupra modului în care se desfăşoară lucrurile şi să spună pacientului cât timp va fi de serviciu.

Justificarea. Pacientul are sentimentul că cineva trebuie să aibă grijă de el permanent. Deşi este dificil pentru personal să tolereze acest lucru, este important de reţinut că acest sentiment este modul prin care pacientul încearcă să facă faţă stării prin care trece atunci când este speriat. Acest comportament stârneşte un puternic contratransfer care trebuie cunoscut şi evitat de către medic. Asiguraţi în mod repetat pacientul că înţelegeţi ce cere dar, deoarece credeţi că are nevoie de cea mai bună îngrijire posibilă, veţi continua să urmaţi tratamentul recomandat de experienţa şi judecata echipei care îl îngrijeşte.

Limite ferme. Pacientul are o mulţime de cereri, uneori în conflict unele cu altele şi se înfurie foarte repede atunci când aceste cereri nu sunt îndeplinite. Acest lucru poate face personalul să se simtă atras în cursă şi fără ajutor, ca şi cum ar fi de vină că pacientul

nu poate face nimic fără ajutor. Pacientul poate ameninţa că îşi va face rău singur sau că va părăsi spitalul dacă lucrurile nu se desfăşoară în modul aşteptat de el.

Nu încercaţi să vă contraziceţi cu pacientul, dar încet şi ferm, în mod repetat, stabiliţi limitele pentru problema de comportament, cererea făcută şi nemulţumirea exprimată.

Dacă pacientul ameninţă că îşi va face rău sau va face rău altora, asiguraţi-l că va fi imobilizat dacă va încerca să facă acest lucru.

PERSONALITATEA MEDICULUI ŞI DIAGNOSTICUL

Raportul dintre personalitatea medicului şi diagnostic a fost un aspect atins atât de Fiessinger, Minkovski şi Heglin, cât şi de A. Moga, I. Haţieganu, A. Râmniceanu, C. Podeanu-Popescu, CC. Dimitriu care au arătat ca anumite trăsături de personalitate, pe lângă alte neajunsuri, pot contorsiona diagnosticul şi pot duce la erori de diagnostic.

Personalitatea examinatorului, arie largă cu implicaţii nebănuite în ratarea diagnosticului – poate începe cu vanitatea şi orgoliul, amorul propriu, teama de a nu greşi şi de a nu răspunde aşteptărilor, lipsa simţului autocritic, nerecunoaşterea ajutorului pe care îl poţi primi de la un confrate (prin neştiinţa că este necesar, prin lipsa de dorinţă, prin nerecunoaşterea poziţiei de învins) – poate continua cu: tendinţa de a contrazice permanent, imposibilitatea acceptării că şi alţii pot ajunge la un diagnostic corect, optimismul necontrolat şi excesiv, cât şi pesimismul exagerat şi nemotivat, opinii foarte particulare asupra unor doze de medicament, asupra colegilor, cât şi asupra propriei persoane, indecizia (absenţa puterii de a confirma sau infirma) – şi poate ajunge până la a nu recunoaşte o entitate spre a nu-şi aduce un blam personal.

Medicii cu trăsături empatice insuficient dezvoltate, cu o cenzură scăzută, cei cu o susceptibilitate crescută,

mai ales privind aprecierea pe care Le-o acordă bolnavii, se vor antrena în relaţii conflictuale (I.B. lamandescu, 1995).

Este dificil ca în cazul unor trăsături de personalitate mai accentuate ale medicului, să poţi şti exact unde începe şi unde se termină dizarmonia celui pe care îl examinează. Acelaşi lucru este valabil în cazul unor comportamente adictive (de exemplu fumatul) sau în cazul unei toxicomanii. Este o situaţie similară cu cazul oftalmologului miop care nu ar purta ochelari de corecţie şi căruia nu i se poate cere şi nici nu va putea să pună diagnosticul de miopie altuia, deoarece el însuşi nu vede optotipul.

Dacă în ciuda tuturor acestor aspecte, nu imposibil de întâlnit, se dă dovadă de supleţe în gândire, şi dacă se acceptă că eroarea de diagnostic în practica curentă nu este rară şi nici atât de gravă, dacă nu am uita că: „*Errare humanum est, perseverare diabolicum*”, aforism care parcă nicăieri nu îşi găseşte un loc mai bun, s-ar putea transforma înfrângerile de azi, în victoriile de mâine.

Eroarea nu este rară, indiferent de experienţa sau de nivelul de pregătire; a o accepta, a o recunoaşte este un gest suprem, de superioritate şi maturitate, recunoaşterea erorii este supremul „*fair play*” al medicului dovada unei personalităţi echilibrate. A învăţa şi din erori este un succes, erorile pot deveni o sursă suplimentară de instrucţie dacă sunt retuşate (şi nu periclitează vitalul) cu timpul şi experienţa, chiar unele erori ce par la un moment dat sistematice, pot deveni din ce în ce mai rare, şi chiar dispar.

Personalitatea medicului este implicată într-un mod particular în ceea ce M. Balint numea „funcţia apostolică a medicului”, adică rezolvarea acelor probleme care au implicaţii psihologice majore, situaţie în care valorile de referinţă ale practicianului şi „bunul simţ propriu” (Ph. Jeammet) vor juca rolul decisiv.

CAPITOLUL 7
ELEMENTE DE PSIHOPATOLOGIE

Orice clasificare este superioară haosului.
Claude Lévi-Strauss

Credem că orice carte de psihologie medicală nu poate eluda problema prezentării sumare a elementelor de semiologie psihiatrică. Aceasta pentru că nu se poate vorbi de tulburări fără să se dea un conţinut psihopatologic acestora. Cu atât mai mult cu cât pentru medici, psihiatria a fost considerată doar o dexteritate, iar pentru psiholog psihopatologia rămâne un ţărm prea îndepărtat considerat adesea al altora. În plus, necesitatea acestei prezentări este legată de circumstanţele diverse în care simptomele se regăsesc, circumstanţe care nu sunt de cele mai multe ori ale bolii psihice. Doar din motive pragmatice vom prezenta aceste elemente semiologice într-o manieră sistematică şi operaţională care nu va face apel la formalizări teoretice sau la tentante prezentări fenomenologice.

TULBURĂRILE DE CONŞTIINŢĂ

Jaspers definea conştiinţa ca fiind viaţa psihică la un moment dat. Trebuie adăugat că modelarea experienţelor trăite „acum şi aici” (H. Ey) se face în raport cu întreaga experienţă existenţială anterioară a subiectului. Conştiinţa este un domeniu fundamental de definiţie al psihismului deoarece îi dă specificitate umană deosebindu-l decisiv şi calitativ de orice altă manifestare cerebrală prin faptul că raportează experienţele individului la trecut şi viitor, la sisteme axiologice şi la identitatea unică a subiectului, percepută ca atare.

În acest demers nu ne vom referi la polisemantica multidisciplinară a termenului de conştiinţă, circumscriindu-ne doar la accepţiunea psihiatrică a termenului şi la fenomenele psihopatologice care afectează modalităţile de existenţă ale conştiinţei:

— Câmpul conştiinţei, integrator al prezenţei în lume a subiectului, care permite acestuia să se raporteze

la semeni şi să-i înţeleagă lucid, să se adapteze la schimbare;

— Conştiinţa de sine ca sentiment al propriei identităţi;

— Nu ne vom ocupa aici de tulburările conştiinţei morale văzută ca posibilitate de înţelegere şi judecată conform cu norme deontologice şi axiologice, cu răsunet în comportamentul şi relaţionarea subiectului.

TULBURĂRILE CÂMPULUI DE CONŞTIINŢĂ

Vom menţiona aici, pentru a putea preciza intensitatea tulburărilor, următorii parametri care se analizează ori de câte ori se urmăreşte evidenţierea unor tulburări de conştiinţă (Jaspers):

— Dezinteresul faţă de lumea exterioară (bolnavul înţelege cu dificultate ce se întâmplă în jurul lui, atenţia este labilă, acţionează fără să ţină seama de situaţia reală);

— Dezorientarea (legată de simptomul de mai sus);

— Incoerenţa (şi prin urmare ininteligibilitatea conduitei);

— Dificultăţi de gândire (reflecţie) şi amnezie

— Consecutivă stării (tulburări ale puterii de fixare şi conservare).

Nivelul acestei intensităţi va fi corelat cu apariţia unor tulburări senzoriale sau cu absenţa acestora.

Tulburările clarităţii şi capacităţii de integrare a câmpului de conştiinţă corespund în mare parte tulburărilor de *vigilitate* din descrierile clasice sau tulburărilor de *conştienţă* (Arseni, 1983).

Starea de vigilitate a creierului îşi găseşte baza neurofiziologică în sistemul reticu-lat activator ascendent (SRAA). Aceste tulburări nu se însoţesc de productivitate, asociindu-se odată cu creşterea intensităţilor, cu tulburări vegetative:

Obtuzia constă în bradipsihie cu hipoprosexie în

special spontană, scăderea supleţei proceselor de gândire, parafazii, lentoare în înţelegerea întrebărilor şi formularea răspunsurilor.

Hebetudinea – desprindere de realitate, pe care nu o mai poate cuprinde ca ansamblu, perplexitate şi indiferenţă.

Torpoarea se manifestă prin bradikinezie, hipobulie, scăderea participării afective, uşoară dezorientare cu stări de somnolenţă.

Obnubilarea reprezintă o denivelare mai importantă a vigilităţii, cu hipoprosexie severă şi dificultăţi mnezice mixte, creşterea pragurilor senzoriale şi dificultăţi în înţelegere şi sinteză, care se desfăşoară cu o greutate sporită. La stimuli intenşi sau la repetarea întrebărilor, răspunsurile pot creşte în precizie şi claritate.

Stuporul este o tulburare severă a vigilităţii, însoţită de inhibiţie psihomotorie (mutism, akinezie, negativism alimentar). Bolnavul nu reacţionează decât la excitaţii foarte puternice, nu răspunde la întrebări şi nu pare a înţelege contextul în care se află. Mimica bolnavului este inexpresivă sau exprimă un grad de anxietate, atitudinea este inertă, dar opune rezistentă la mişcările provocate.

Soporul – stare de somnolenţă patologică în care contactul cu ambianţa se face foarte dificil, fiind întretăiat de perioade de somn.

Suspendarea completă a conştiinţei ce apare în criza epileptică, lipotimie, sincopă şi comă. Se caracterizează printr-o suspendare a funcţiilor relaţionale (apsihism) cu păstrarea funcţiilor vegetative, care însă, spre deosebire de somn, sunt alterate în diferite grade.

Elemente de psihopatologie 119

Tulburări ale structurii câmpului de conştiinţă

Îngustarea câmpului de conştiinţă – descrisă de P. Janet (1899) – se caracterizează prin focalizarea conştiinţei asupra unei idei, amintiri, acţiuni etc., de care subiectul nu se poate desprinde. Conştiinţa este incapabilă să cuprindă întreaga experienţă prezentă, în

afară de cea psihotraumatizantă.

Se poate considera ca fiind o demodulare afectiv-ideativă, o neadecvare prin alterarea criteriului valoric, care duce la deformarea relaţiei cu realitatea.

Starea crepusculară constă într-o modificare de aspect critic, cu debut şi sfârşit brusc, a clarităţii câmpului conştiinţei în diferite grade, asociată cu îngustarea lui, ceea ce permite menţinerea unei activităţi automate cu acte motorii coordonate, dar neobişnuite şi fără legătură cu ocupaţiile anterioare faţă de care subiectul va prezenta amnezie totală, lacunară sau parţială în funcţie de profunzimea modificării vigilităţii. Subiectul trăieşte o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea fenomene delirant-halucinatorii, precum şi modificări importante ale stării afective (exaltare, angoasă, disforie) care pot modifica considerabil comportamentul bolnavului (agitaţie, fugi, acte agresive cu potenţial criminogen).

Circumstanţele etiologice majore sunt reprezentate de epilepsia temporală, beţia patologică, reacţii psihogene.

Sub denumirea de tulburare disociativă isterică, ICD 10 descrie o pierdere parţială sau completă a unei integrări normale între amintirile trecutului, conştientizarea identităţii şi a senzaţiilor imediate şi controlul mişcărilor corporale. Gradul în care controlul conştient asupra amintirilor, senzaţiilor şi mişcărilor ce vor fi executate, este afectat, este variabil de la oră la oră sau de la zi la zi.

Starea crepusculară isterică – aspect particular în care subiectul trăieşte o experienţă semiconştientă de depersonalizare şi stranietate, centrată în general pe ideea fixă (P. Janet) (eveniment psihotraumatizant pe care subiectul nu şi-l aminteşte obişnuit în stare de veghe, pe care memoria îl reprimă).

O formă aparte a acestei stări este întâlnită în sindromul Ganser şi pseudodemenţa isterică, reacţii

psihotice isterice, în care, pe fondul modificării conştiinţei de tip crepuscular pacientul prezintă o nerecunoaştere sistematică a realităţii prin răspunsuri alături, acte alături (răspunsuri mai puţin absurde decât greşite, demonstrând înţelegerea întrebărilor).

Personalitatea multiplă, în care pacientul îşi asumă un număr de false personalităţi, diferite, a fost descrisă de M. Prince (1905).

Confuzia mintală (stările confuzionale): descrisă iniţial de Chaslin (1895) ca o afecţiune în mod obişnuit acută, reprezentând o formă de slăbire şi disociaţie intelectuală care poate fi însoţită sau nu de delir, agitaţie sau inerţie; confuzia mintală este expresia comună a unei suferinţe cerebrale acute, ce determină un grup de tulburări acute şi globale al psihismului, în care locul central este ocupat de modificările în planul conştiinţei având caracter tranzitoriu.

Debutul confuziei mintale este uneori brutal, cel mai adesea în câteva ore, uneori câteva zile. Faptul principal, uneori dificil de pus în evidenţă fără ajutorul anturajului, este aspectul de ruptură, de hiatus cu comportamentul anterior al bolnavului.

Simptomul esenţial din care decurg celelalte este scăderea proceselor normale de sinteză şi diferenţiere ale conţinuturilor conştiinţei. În această tulburare globală activitatea perceptivă este cea mai deficitară. Denivelarea conştiinţei în diferite grade (torpoare, obnubilare, obtuzie – cel mai frecvent) se manifestă prin tulburări ale atenţiei, care nu poate fi fixată, orientată şi menţinută.

Funcţiile intelectuale şi cognitive sunt interesate global şi, aşa cum arăta Jaspers, tulburarea fundamentală constă în diminuarea proceselor de sinteză şi organizare. Aceasta duce implicit la o tulburare a orientării temporale, spaţiale, allopsihice, bolnavul păstrându-şi chiar în cele mai avansate stări de confuzie,

reminiscenţe ale identităţii.

S. Heller, citat de Predescu şi Nica, consideră că atunci când pacientul nu-şi cunoştea numele, este mai curând cazul unei stări disociativ-isterice. Jaspers aprecia această păstrare a conştiinţei de sine ca fiind un element de diferenţiere faţă de psihozele paranoide. Modificarea coordonatelor trăirilor alături de tulburarea atenţiei constituie faptul semiologic cel mai aparent. Datele perceptive vizuale, auditive sunt rudimentar analizate ajungând până la greşeli şi erori de identificare, mai rar la iluzii. Aceste tulburări sunt în general expresia creşterii pragurilor senzoriale. Memoria este global tulburată cu predominanţa celei de fixare, datele prezentului nu se constituie decât în amintiri fragmentare, iar evenimentele trecute biografice sau culturale sunt cu mare greutate evocate. Post episodic există o lacună importantă şi de lungă durată în memoria bolnavului. Perplexitatea (nedumerirea anxioasă) este expresia pasivităţii, chiar a stuporii vieţii mintale; scurtele intervale de luciditate provoacă o creştere a anxietăţii care poate fi cauza unor stări de agitaţie. Mimica pacientului este rătăcită, perplexă, privirea este pierdută, îndepărtată, absentă. Limbajul este ezitant, redus la fragmente de fraze uneori incoerente. Pacientul îşi caută cuvintele, parafaziile sunt rare, dar posibile, cuvintele sunt învălmăşite, rău articulate, adesea murmurate. Definirea unor cuvinte poate fi imposibilă, uneori aberantă. Gesturile sunt stângace, ezitante, lipsite de îndemânare. Grafismul este totdeauna perturbat, reproducerea unui desen geometric chiar simplu este deficientă. Activitatea şi comportamentul pot îmbrăca două aspecte: lipsa iniţiativei, lentoare, stângăcie, chiar stupoare, sau agitaţie dezordonată. Oscilaţiile între aceşti doi poli se pot produce brusc, atrăgând posibilitatea unor grave accidente.

Confuzia mintală traduce o tulburare globală a funcţionării cerebrale (care după tot mai mulţi autori

justifică termenul de encefalopatie).

Ea apare în circumstanţe etiologice diferite, pe care le vom sistematiza astfel:

— Afecţiuni intracraniene: traumatisme cranio-cerebrale, hematom subdural, epilepsie, postterapie electroconvulsivantă, encefalopatii carenţiale (în special *Gayet*-Wernicke), afecţiuni meningeale (hemoragii meningee, meningite febrile), afecţiuni cerebrale (encefalite, tumori cerebrale în special fronto-caloase şi temporale drepte), accidente vasculare cerebrale în teritoriul arterei cerebrale anterioare şi posterioare;

— Afecţiuni generale:

— Stări febrile (septicemii, febră tifoidă, pneumonie, erizipel, gripă, malarie);

— Alcoolismul (beţia acută, episoadele subacute, delirium tremens);

— Toxicomanii (barbiturice, amfetamine, heroină, clordiazepoxid);

— Intoxicaţii medicamentoase (corticoizi, tuberculostatice, hipoglicemiante, antiparkinsoniene, litiu, bismut, barbiturice, tranchilizante etc.);

— Intoxicaţii profesionale (arsenic, mercur, plumb, oxid de carbon, insecticide organo-fosforice);

— Intoxicaţii alimentare (ciuperci);

— Encefalopatii metabolice (diabet, insuficienţă hepatică, insuficienţă respiratorie, insuficienţă renală, hipoglicemie spontană, porfirie acută intermitentă);

— Afecţiuni endocrine (tireotoxicoza, mixedem, crize adisoniene, hiperparatiroidia);

— Stări de şoc (postoperatorii, traumatice, cardiovasculare);

— Boli sanguine (leucemii, anemii);

— Alte cauze (electrocutare, insolaţie, privarea de somn, avitaminoze);

— În cursul evoluţiei bolilor psihice (psihoze post partum, schizofrenie, manie, depresie, demenţă).

Desigur că, legat de această bogată paletă etiologică, examenul somatic şi de laborator vor îmbrăca aspecte extrem de variate, care traduc starea de suferinţă organică, fără a avea o semnificaţie generală în ceea ce priveşte sindromul de confuzie mintală.

Onirismul traduce o stare de vis patologic, un vis trăit şi în acţiune, care invadează realitatea bolnavului şi faţă de care îşi modifică comportamentul.

Bolnavul are halucinaţii vizuale, realizând viziuni haotice şi discontinue şi uneori, de asemenea, halucinaţii auditive, cenestezice şi tactile. Aceste fenomene psihosenzori-ale pot avea drept punct de plecare cele mai mici stimulări din mediul ambiant.

Halucinaţiile sunt cel mai adesea neplăcute, terifiante, conţinutul lor este constituit mai frecvent din scene de groază decât din clasicele teme profesionale (J.L. Signoret).

Faptul cel mai caracteristic este adeziunea bolnavului la aceste modificări perceptuale de care încearcă să scape prin agitaţie (până la fugă), trăindu-le ca o agresiune extremă.

În starea confuzională, onirismul şi tulburările clarităţii câmpului conştiinţei se întrepătrund în grade variabile, ceea ce i-a făcut pe unii autori (mai ales pe cei englezi) să vorbească de:

— *Confuzia mintală simplă* – ale cărei trăsături ar fi: pasivitatea, perplexitatea, încetinirea procesului psihic mai apropiată de starea de obtuzie;

— *Stările confuzo-onirice* (*delirium*) realizate de o agitaţie acută asociată de regulă cu fenomene productive psihotice.

Considerăm că acestea nu sunt decât expresii ale aceluiaşi substrat anatomo-fiziologic, cele două stări putând astfel trece rapid una în alta.

Oniroidia, descrisă de Mayer-Gross, este un amestec de real-vis, la care bolnavul nu participă ci asistă; înlănţuirea halucinaţiilor ca şi interpretarea realităţii

prin idei de vis *au o anumită coerenţă* şi în genere mai multă sistematizare decât onirismul; nu este urmată de amnezie completă, dar nu exclude posibilitatea unor dismnezii.

Amenţia (starea amentivă), termen introdus şi folosit iniţial de şcoala germană ca echivalent al confuziei mintale simple, desemnează actualmente, în accepţiunea şcolii româneşti (Predescu şi colab.) – o stare confuzională de intensitate psihopatologică maximă, în care domină incoerenţa. Bolnavul este dezorientat, agitat (agitaţie care nu depăşeşte obişnuit limitele impuse de clinostatism), vorbirea este incoerentă, cu caracter paroxistic.

Delirul acut: este un sindrom confuzional de o mare gravitate, poate îmbrăca mai multe forme:

— *Delirul oniric* – cu halucinaţii vizuale şi auditive, cu scene terifiante evoluând în bufee, pe fondul unei anxietăţi marcate;

— *Confuzia* – variabilă de la un moment la altul, conştiinţa se poate clarifica pentru scurte momente;

— *Stările de agitaţie* – intense şi dezordonate, însoţite de agresivitate, excitaţie psihică, reacţii grave: tentative de suicid sau homicid, pe fondul unei insomnii complete;

— *Sitiofobia* – intensă şi totală, durând mai multe zile, agravează deshidratarea şi epuizarea organismului:

— Semne neurologice variabile – exagerarea reflexelor tendinoase, hipertonie musculară, tremor;

— Semne generale – deshidratare masivă, ochii înfundaţi în orbite, cearcăne, limbă uscată cu funginozităţi, tulburări sfincteriene, tulburări vegetative grave; febra este întotdeauna prezentă, fără să existe însă un paralelism între nivelul ei şi intensitatea simptomatologiei; hiperazotemia este un semn constant şi precoce.

Activitatea senzorial-perceptivă este procesul cognitiv prin care se produce reflectarea directă şi unitară a ansamblului dimensiunilor şi însuşirilor obiectuale; ea oferă informaţia elementară asupra realităţii externe, cât şi asupra propriului organism.

Deşi fenomene psihice primare, elementare, senzaţiile şi percepţiile nu se desfăşoară izolat, ci antrenează o serie întreagă de procese afectiv-cognitive, caracterizându-se prin specificitate individuală şi valorizare socială.

Senzaţia – furnizează informaţii despre realitatea externă sau a propriului organism, transformând excitaţia de la nivelul receptorilor în imagine subiectivă la nivelul analizatorilor corticali. Senzaţia nu este deci identică stimulului reflectat, ci ea este de natură ideală, conştientizată. Ea nu reflectă decât însuşiri relativ izolate, fără a putea da date despre obiect ca tot unitar.

Percepţia constituie un nivel superior pe plan calitativ, în ceea ce priveşte integrarea informaţiei, fiind o rezultantă a corelării dinamice a operaţiilor de analiză şi sinteză a datelor senzoriale. Act complex, plurimodal, realizarea imaginii perceptive, trebuie să fie concepută nu numai ca un ansamblu de însuşiri, ci şi de raporturi spaţio-temporale. Denumind prin cuvânt conţinutul abstract al imaginii perceptive, subiectul generalizează şi totodată integrează în istoria sa existenţială obiectul sau fenomenul perceput, suprasemnificându-l personal.

Percepţia este simţită şi constatată ca un fapt unic şi omogen, provenind din lumea exterioară, recunoscut de eul nostru (Guiraud).

Reprezentarea este o construcţie mintală care implică participarea memoriei dar şi a unor elemente de gândire şi imaginaţie. Ea păstrează elementele percepţiei dar este independentă de contextul obiectiv.

Elemente de psihopatologie

Jaspers a evidenţiat principalele caracteristici şi elementele de diferenţiere dintre cele două procese:

Percepţia	Reprezentare
caracter de corporalitate (obiectivitate)	caracter de imagine (subiectivitate)
apare în spaţiul exterior, obiectiv, iar reprezentarea în spaţiul intern, subiectiv.	apare în spaţiul intern, subiectiv.
este completa, detailată este un desen terminat	este un desen neterminat, este incompletă, cu detalii izolate.
Senzaţiile au caracter de prospeţime senzorială.	Numai unele elemente sunt adecvate obiectelor percepţiei – le reprezentăm în general în gri-uri.
Sunt constante, pot păstra cu uşurinţă aceeaşi formă.	Se împrăştie, curg, trebuie tot timpul să fie recreate.
Sunt independente de voinţă şi nu pot fi create prin voinţa, le acceptăm cu sentimentul de pasivitate.	Depind de voinţă, pot fi create şi transformate de voinţă, le producem cu sentimentul de activitate.

Aşa cum am arătat, percepţia nu este un fenomen analizabil decât în interacţiunea ei complexă cu celelalte funcţii psihice – gândire, memorie, afectivitate, ea fiind de fapt percepţia realităţii, trăirea acesteia de către subiect.

Aspectele patologiei perceptive nu pot fi separate, apărând în majoritatea cazurilor în complexe simptomatologice în care, de exemplu, simpla lor considerare ca fenomene cauzale sau rezultante a dat naştere unor clasificări şi interpretări teoretice diferite şi viu discutate. Cu toate aceste dificultăţi de sistematizare, frecvenţa mare în psihopatologie, importanţa lor patologică au condus la descrieri semiologice nuanţate, care permit cunoaşterea şi circumscrierea lor clinico-nozografică. Din aceste motive vom urmări în lucrarea de

faţă, clasificarea clasică.

Hiperestezia este reprezentată de o coborâre a pragului senzorial, resimţită de subiect ca o creştere neplăcută a intensităţii senzaţiilor privind un singur analizator sau ansamblul lor – *hiperestezie generală*. Se întâlneşte în surmenaj, neurastenii, debutul unor afecţiuni psihotice, debutul bolilor infecţioase, hipertiroidie, intoxicaţii.

Hipoestezia reprezintă creşterea pragului senzorial, însoţită de diminuarea intensităţii senzaţiilor, cu scăderea numărului de excitanţi receptaţi. Se întâlneşte în stări reactive, depresie, accese paroxistice isterice, oligofrenii, tulburări de conştiinţă mai ales cele cantitative, schizofrenie.

Sinestezia constă în perceperea simultană pe o cale senzorială diferită a unui stimul receptat la nivelul unui analizator (ex. Audiţie colorată). Apare în intoxicaţii cu mescalină, psilocibină, LSD, cocaină.

Agnoziile reprezintă deficite psihosenzoriale, care determină incapacitatea subiectului de a recunoaşte obiectele după calităţile lor senzoriale, analizatorii (receptori periferici şi cale) fiind intacţi.

Iluzia este o percepţie cu stimul real şi specific, denaturată şi/sau deformată. Această deformare priveşte mai mult calităţile senzoriale decât identificarea sau sensul elementelor percepute. Percepţia este completată imaginativ; cu cât denaturarea este mai globală, semnificaţia patologică creşte. Iluziile apar frecvent la subiecţii normali, care recunosc şi corectează sensul deformării perceptive. Spre deosebire de acestea, în iluziile patologice, subiectul nu încearcă să corecteze percepţia deformată, considerând o imagine veridică a realităţii.

Pornind de la aceste considerente, iluziile au fost clasificate în: iluzii fiziologice şi iluzii patologice.

Iluzii fiziologice – se produc prin modificarea

condiţiilor perceptive (obiective), a mediului perceptiv sau a condiţiilor interne (subiective).

Iluzii prin modificarea condiţiilor perceptive – stimulare sub sau supraliminară, depăşirea capacităţii de discriminare a unui analizator, iluzii optico-geometrice datorate reflexiei optice, refracţiei, modificării axelor de referinţă.

Iluzii prin modificarea mediului perceptual-stimulare monotonă, prelungită, deprivare senzorială.

Iluzii prin modificarea condiţiilor interne (subiective):

— Prin tulburări de atenţie (false identificări);

— Din stări afective (frică, anxietate, euforie);

— Modificări fiziologice ale stării de conştientă – iluzii hipnapompice şi hipnogogice;

— Stări de oboseală, suprasolicitare şi surmenaj.

În categoria iluziilor patologice se înscriu

Falsele recunoaşteri – fenomenele de tipul deja văzut, cunoscut, trăit.

Falsele nerecunoaşteri – fenomenele de tip niciodată văzut, cunoscut, trăit, la care se adaugă iluzia sosiilor. În aceste iluzii rolul principal în mecanismul lor de producere revine tulburărilor mnezice.

Pareidoliile – sunt iluzii caracterizate prin deosebita intensitate şi vivacitate a fenomenului iluzoriu („entitate materială”, Jaspers) în care complementul imaginativ al percepţiei atinge gradul maxim de bogăţie. Critica variabilă şi participarea afectivă intensă le conferă un caracter de tranziţie către fenomenele halucinatorii (H. Ey).

Alte iluzii – pot fi considerate ca patologice, dacă subiectul nu are tendinţa de corectare a deformării percepţiei. În ordinea frecvenţei lor după modalităţile senzoriale, se întâlnesc iluzii *vizuale* (obiectele par mai mari – macropsii, mai mici – micropsii, alungite sau lărgite – clismegalopsii, deformate – metamorfopsii, distanţa dintre obiecte este modificată – poropsii,

obiectele sunt mai îndepărtateteleopsii), *auditive* (sunetele sunt fie mai intense, fie mai slabe, mai nete sau mai şterse, mai distincte, mai vagi, mai apropiate sau mai îndepărtate decât în realitate), iluzii *olfactive* (parosmii) şi *gustative* etc.

Iluziile patologice se întâlnesc în tulburări funcţionale sau leziuni ale analizatorilor, în sindroame febrile şi stări confuzionale cu etiologie variată. De asemenea se întâlnesc în stările onirice (intricate şi cu alte tulburări perceptuale), în nevrozele obsesivo-fobice şi isterice, debutul psihozelor schizofrenice, stările depresive.

Halucinaţiile sunt definite clasic drept „percepţii fără obiect", (Ball). Această definiţie a fost completată de către H. Ey prin menţiunea „fără obiect de perceput", Ia care o adăugăm pe cea a lui A. Porot – „experienţe psihologice interne care determină

Elemente de psihopatologie subiectul să se comporte ca şi cum ar avea o senzaţie sau o percepţie, atunci când condiţiile exterioare normale ale acestor senzaţii sau percepţii nu se realizează", ne conduc către reliefarea unor trăsături fundamentale ale halucinaţiilor.

Simptomele psihiatrice nu se lasă analizate separat pentru că fiecare nu îşi atinge valoarea semiologică şi psihopatologică decât în raport cu celelalte; în acest sens, se poate spune ca bolnavul halucinant nu are tulburări de percepţie, ci că „întregul sistem al realităţii" (H. Ey) suferă o destructurare, o dezintegrare.

Înainte de abordarea propriu-zisă a diverselor aspecte semiologice legate de activitatea halucinatorie, vom descrie o serie de fenomene asemănătoare acestora prin conţinutul sau mecanismele de producere, dar care nu respectă condiţiile definiţiei (percepţie fără obiect); cu toate acestea numeroşi autori clasici moderni le încadrează ca atare.

Senzaţiile parazitesunt senzaţii în care un excitant anormal acţionând pe un receptor periferic, provoacă

apariţia unei senzaţii elementare, care nu corespunde acţiunii excitantului fiziologic. Astfel, un curent electric, compresiunea sau inflamaţia pot provoca senzaţii luminoase, zgomote, mirosuri diverse. Cel mai adesea îi permit subiectului să realizeze legătura dintre cele două fenomene (ex. Scânteile dintr-o migrenă oftalmică).

Halucinaţiile funcţionale – sunt definite ca percepţii false apărute în paralel şi simultan cu o percepţie reală.

Halucinaţiile eidetice – sunt reprezentări în exterior ale imaginilor unor obiecte sau fiinţe percepute recent, în împrejurări legate de stări afective intense. Eidetismul este capacitatea unor subiecţi de a putea revedea şi descrie o imagine percepută într-un interval scurt de timp. Se menţionează caracterul fiziologic al acestor imagini halucinatorii la copil. La adult apar mai frecvent în stări reactive.

Halucinaţiile *fiziologice* – apar în condiţii care modifică starea de vigilitate – trecerea dintre veghe şi somn (hipnagogice) sau somn-veghe (hipnapompice), inducţia hipnotică, individuală şi de masă. Aceste trăiri halucinatorii sunt de scurtă durată fiind corectate cu uşurinţa de subiecţi.

Variabilitatea unora din parametrii perceptuali la care se adaugă şi alte caracteristici precum răsunetul afectiv sau cognitiv, permite o primă clasificare descriptivă a halucinaţiilor.

Caracteristici	Halucinații psiho-senzoriale	Halucinoze	Halucinații psihice
Senzorialitatea experienței	mare	medie	nulă
Proiecția spațială	În spațiul senzorial	În spațiul senzorial	În afara spațiului senzorial
Convingerea în realitatea lor	absentă	absentă	absolută, dar cu caracter xenopatic
Rezonanța afectivă	Anxiogenă	Neliniște legată de patogenia tulburărilor	Impunerea unor sentimente

Halucinaţiile psihosenzoriale sunt cele care

corespund întru totul definiţiei halucinaţiei (au caracter de senzorialitate, se proiectează în spaţiul perceptiv, subiectul crede în realitatea lor). Din aceste motive, ele au fost numite şi *halucinaţii adevărate*, cu toate că alăturarea celor doi termeni este un paradox lingvistic.

După frecvenţa apariţiei, le vom clasifica astfel: Halucinaţii auditive:

— *Elementare*: aceasme, fonemesunt percepute ca zgomote nedistincte (foşnete, ţiuituri, pocnete)

— *Comune*: sunete cărora subiectul le atribuie o sursă sau o modalitate de producere bine definită (ex. dangăt de clopot, curgerea unei ape, sunete muzicale, zgomotul unui motor, etc.)

— *Complexe* (halucinaţii acustico-verbale): pot fi fragmentare, când bolnavul percepe silabe, cuvinte fără semnificaţie, fragmente sintactice sau pot avea un conţinut precis, distinct, inteligibil. Când subiectul nu poate înţelege vocile pe care le aude, tulburarea poartă numele de *verbigeraţie halucinatorie*. Wyrsch a subliniat în lucrările sale că există o diferenţă, considerată ca patognomonică, în modul în care vocile discută cu sau despre subiect. Vorbirea la persoana a II-a fiind specifică schizofreniei, iar cea

Ia persoana a lll-a-halucinozei alcoolice Wernicke.

Halucinaţiile auditive elementare şi comune apar îndeosebi în patologia otică, boli neurologice, stări confuzionale, aură epileptică şi în unele psihoze.

Halucinaţiile acustico-verbale se întâlnesc în psihozele schizofrenice, sindroamele paranoide, stările depresive, parafrenie, psihozele alcoolice cronice.

Halucinaţiile vizuale:

— *Elementare*: fosfene, fotopsii, percepute ca puncte luminoase, scântei, linii.

— *Complexe*: care pot fi *fantasmoscopii*, atunci când obiectele şi figurile nu sunt precis conturate, sau *figurate* când se referă la obiecte precise: dintre acestea, cele care reprezintă animale poartă numele de zoopsii.

— *Scenice* – care pot fi panoramice (statice) sau cinematografice (mişcare).

Spre deosebire de halucinaţiile altor modalităţi senzoriale, cele vizuale antrenează în mai mare măsură subiectivitatea individuală, participarea afectivă şi mimico-atitudinală. Din aceste motive, comportamentul halucinator vizual este mai uşor de evidenţiat (privire în gol extatica sau angoasată) însoţită de mimica corespunzătoare.

Halucinaţiile vizuale se întâlnesc în afecţiuni oftalmologice, neurologice (migrena oftalmică, tumori şi leziuni ale lobului occipital, epilepsie etc), stări confuzionale (în special în cele alcoolice, clasic descrise sub formă de zoopsii). Rar se întâlnesc în schizofreniile paranoide şi parafrenii.

Halucinaţii olfactive şi gustative apar de obicei împreună, aşa cum şi în mod normal senzaţiile gustative sunt greu de diferenţiat de cele olfactive, datorită originii embri-ologice comune a celor doi analizatori şi filogenezei lor paralele. Acesteia din urmă i se datorează şi strânsa legătură dintre cele două simţuri amintite şi viaţa afectiv-instinetivă. După unii autori aceste halucinaţii ar reprezenta mai mult de jumătate din totalul halucinaţiilor. Se pot diferenţia în halucinaţii plăcute (parfumuri, esenţe, miresme) şi neplăcute (mirosuri grele, respingătoare, de putrefacţie, gusturi metalice, astringente).

Se întâlnesc în crizele uncinate în epilepsia temporală, în unele tumori şi leziuni ale lobului temporal, în psihoze afective fiind în concordanţă cu tonalitatea afectivă, în delirium tremens, în sindroamele paranoide, unde pot fi însoţite de un comportament halucinator – bolnavii sunt suspicioşi, au negativism alimentar, cercetează alimentele şi băuturile, pun aparţinătorii şi personalul să le guste. Weitbrecht subliniază aspectul organic al psihozelor de involuţie atunci când acestea se

însoţesc de halucinaţii gustative şi olfactive. Halucinaţiile olfactive se întâlnesc de asemenea în nevroze de tip obsesiv, fobic şi isteric.

Halucinaţiile tactile pot fi simţite ca percepţii venite din exterior (arsuri, căldură, atingere, sărut, curent de aer, înţepătură) sau din interiorul corpului, percepute sub piele (arsuri, dureri, mişcări ale unor insecte sau viermi subcutanat). Halucinaţiile tactile pot să se manifeste discontinuu (punctiform) sau continuu (în reţea). Uneori senzaţiile resimţite sunt neidentificabile şi nu pot fi cuprinse într-un termen anumit.

Halucinaţiile tactile se întâlnesc în intoxicaţii cu cocaină, chloral, haşiş, LSD, în psihoze alcoolice acute şi subacute, luând adesea aspectul de halucinaţii zoopatice (percepţia de gândaci, insecte, paraziţi, viermi mergând pe piele sau în piele), în psihozele de involuţie. În acest din urmă caz, ele îmbracă aspectul particular al delirului cu ectoparaziţi Ekbom.

Halucinaţiile corporale sunt halucinaţii ale sensibilităţii generale şi interne (propioceptive şi interocep tive) percepute ca arsuri interioare, modificări ale viscerelor (stomacul, plămânii, inima sunt putrezite, rupte, înlocuite cu obiecte metalice), schimbarea poziţiei unor organe, existenţa unor fiinţe naturale (şerpi, lupi etc) sau supranaturale (demoni, spirite, etc.) în interiorul corpului; forma externă a posesiunii zoopatice este reprezentată de trăirea halucinatorie de metamorfozare într-un animal.

Din categoria halucinaţiilor corporale, o menţiune specială trebuie acordată localizării genitale a acestora, percepute ca violuri directe sau de la distanţă, senzaţii de orgasm, introducerea de corpuri străine în rect, senzaţii resimţite cel mai adesea neplăcutele pot atrage un comportament halucinator corespunzător (astuparea cavităţilor naturale, centuri de protecţie, măsuri de protecţie specială în locuri publice după P. Bernard).

Halucinaţiile corporale apar în delirurile

hipocondriace, schizofreniile paranoide, psihozele de involuţie; în cadrul acestora din urmă, sindromul Cotard descris cu un secol în urmă, grupează idei delirante de negaţie, de enormitate şi de imoralitate, asociind negarea halucinatorie a viscerelor.

Asocieri halucinatorii – halucinaţiile psihosenzoriale sunt adesea combinate, adică interesează mai mulţi analizatori în acelaşi timp; halucinaţiile vizuale şi auditive, cele olfactive şi gustative, tactile şi corporale sunt cel mai adesea asociate. În patologia de intensitate psihotică a involuţiei apar în mod specific halucinaţii corporale, localizate în special în zonele genitale, asociate cu halucinaţii olfactive. De asemenea, se descrie reunirea în cadrul parazitozelor halucinatorii a halucinaţiilor vizuale cu cele tactile (din intoxicaţii cu alcool, chloral, cocaină, etc.)

Halucinozele sunt fenomene de tip halucinator a căror esenţă patologică este recunoscută ca atare de către subiect şi în consecinţă el nu va aborda un comportament legat de conţinutul acestor percepţii.

Uneori halucinozele pot avea o manifestare atât de distinctă, încât, cu toată atitudinea critică pe care pacientul o adoptă şi în ciuda convingerii că ele nu fac parte din realitate, încearcă să verifice acest lucru.

Halucinozele sunt specifice leziunilor neurologice ale analizatorilor; se mai întâlnesc în unele epilepsii, (ca aură sau criză psihosenzorială), leziuni la nivelul calotei pedunculare, de diverse etiologii. Reamintim beautoscopia în cadrul halucinozelor de schemă corporală. Halucinozele schemei corporale sunt descrise de bolnavi sub forme de o varietate extremă: dispariţia de membre sau segmente ale acestora, membrul fantomă al amputaţilor, membrul fantomă supranumerar, modificări ale dimensiunilor şi greutăţii corpului, dezanimarea unor segmente sau metamorfozarea unor părţi ale corpului.

Halucinoidele sunt fenomene de tip halucinator (situate de unii autori între reprezentări vii şi halucinaţii vagi), care apar în perioadele de geneză sau ştergere a halucinaţiilor, se pot asimila halucinozelor, prin lipsa de convingere a bolnavului asupra existenţei lor reale.

Halucinaţiile psihice (pseudohalucinaţiile) sunt definite ca autoreprezentări aperceptive, caracterizate prin incoercibilitate, automatism şi exogenitate (G. Petit).

Spre deosebire de halucinaţiile psihosenzoriale, halucinaţiilor psihice le lipseşte obiectivitatea spaţială şi caracterul de senzorialitate; ele sunt localizate în gândirea proprie, în spaţiul intra-psihic; neavând decât obiectivitatea psihică; datorită absenţei caracterului de senzorialitate, prin contrast cu halucinaţiile psihosenzoriale ele mai sunt denumite şi pseudohalucinaţii. Diferă de reprezentările obişnuite prin caracterul de stranietate, de exogenitate. Bolnavul nu le percepe pe căile senzoriale obişnuite, ci le trăieşte ca pe nişte fenomene străine, impuse din afară, care i se fac şi cărora nu li se poate opune şi pe care nici nu le poate controla prin propria voinţă.

Halucinaţiile psihice acustico-verbale sunt cel mai des întâlnite, fiind „veritabilele" halucinaţii psihice descrise ca atare de Baillarger-care se manifestă ca voci interioare, ecoul gândirii sau al lecturii, murmur intra-psihic, gânduri transmise. Subiectul are impresia că trăirile vin din afara sa prin intruziune, se insinuează în gândirea lui, fiind atribuite altcuiva. Această „transmitere a gândurilor" este interpretată ca telepatie, comunicare misterioasă, limbaj fără cuvinte, dând subiectului impresia că şi-a pierdut intimitatea gândirii sale, facultatea de a se conduce după voinţa sa, fiind supus influentei altcuiva (xenopatie-Guiraud).

Halucinaţiile psihice vizuale – apar ca simple imagini sau sub formă de scene panoramice, în spaţiul subiectiv al bolnavului, dându-i impresia că trăieşte într-o lume a scenelor imaginare, a viziunilor interioare sau

artificiale. Kandiński afirmă că bolnavii *le văd cu ochii interiori, cu ochii minţii*.

Halucinaţiile psihice motorii – sunt legate de limbajul interior şi de expresia motorie a acestuia (verbale şi scrise). Seglas a descris aceste halucinaţii trei grade:

— Bolnavul are senzaţia că vorbeşte (fără să facă niciun fel de mişcare);

— Bolnavul schiţează mişcări ale limbii şi buzelor;

— Bolnavul are impulsiuni verbale *„este făcut să vorbească* (sentimentul de automatism verbal).

Aceste halucinaţii pot fi localizate în organele fonatoare: limbă, laringe, torace, abdomen, subiectul având impresia că i se vorbeşte în şi prin aceste organe.

Halucinaţiile psihomotorii grafice se aseamănă cu cele anterioare, şi pot îmbrăca caracterul halucinaţiilor kinestezice grafice sau al halucinaţiilor grafice motorii complete (scriere impusă).

Halucinaţiile psihice apar în delirurile cronice, în cea mai mare parte a psihozelor, apariţia lor este un indice de gravitate, stabilind intensitatea psihotică a tulburărilor.

Asocieri halucinatorii – aşa cum am mai arătat, clasificarea pe care o facem, despărţind fenomenele halucinatorii pentru a le descrie, are o valoare pur didactică, în clinica acestea apărând grupate, intricate, modificând realitatea în ansamblul şi structura ei. Ele sunt însoţite întotdeauna de un cortegiu simptomatic complex, care le uşurează diagnosticarea, întregindu-le semnificaţia.

Sindromul de automatism mintal Clerambault-Kandiński grupează în acelaşi sindrom halucinaţii psihosenzoriale şi psihice alături de o serie de fenomene psihice caracterizate prin *exogenitate şi incoercibilitate*. Sindromul de automatism mintal este reprezentat de triplul ecou (al gândirii, lecturii, actelor), triplul

automatism (motor, idei, ideo-verbal) şi numeroase halucinaţii psihice anideice (fără temă, întâmplătoare).

Mecanismul de producere al halucinaţiilor a fost abordat prin prisma unor modele lineare, psihodinamica încercând să le explice ca un rezultat al proiecţiilor, al refulărilor din inconştient. Organiciştii au încercat în diferite variante, având drept model de producere analizatorul, regiuni ale cortexului, inhibiţie-dezinhibiţie, substanţe psihedelice care nu au arătat decât că realitatea fenomenului halucinator este mult mai complexă, insuficient elucidată, neexistând astăzi un model experimental satisfăcător.

TULBURĂRILE DE ATENŢIE

După cum o defineşte şcoala românească de psihologie, atenţia este o funcţie sintetică a psihismului constând în activarea, tonificarea, mobilizarea, orientarea selectivă şi concentrarea focalizată a proceselor psiho-comportamentale în vederea unei reflectări optime şi facile a realităţii şi a unei intervenţii eficiente în cadrul autoreglării activităţii. Însuşirile structurale ale atenţiei sunt reprezentate de *volum* (suma unităţilor informaţionale relevate concomitent în planul conştiinţei), *concentrare* (contrară distragerii; se poate realiza în diverse grade), *stabilitate* (ca o caracteristică temporară a concentrării, cu rol antifluctuant); *distributivitate* (plurifocalizare a atenţiei, un sistem al reflexiei în care momentan se impune o singură dominantă dar care este în legătură cu subsisteme automatizate ce se pot actualiza şi trece pe prim plan foarte rapid), *comutativitate* sau *flexibilitate* (capacitatea de restructurare rapidă a atenţiei). Se descrie o atenţie spontană (involuntară), o atenţie voluntară şi postvoluntară ale căror tulburări sunt adesea independente. Tulburările de atenţie se numesc disprosexii, ele interesând atât atenţia voluntară cât şi cea involuntară.

Hiperprosexia semnifică creşterea atenţiei.

Polarizarea hiperprosexică către un anumit domeniu se asociază cu hipoprosexia pentru restul domeniilor. Ar fi vorba de fapt mai mult de o scădere a comutativităţii atenţiei cu creşterea concentrării decât de o hiperprosexie în ansamblu. Se întâlneşte atât în condiţii normale cât şi în condiţii patologice – în mod normal, în situaţii de creştere a interesului sau de risc vital, în stările de excitaţie şi în intoxicaţiile uşoare cu alcool sau cafeină – în condiţii patologice tulburarea obsesivă fobică, cenestopatii, în delirurile hipocondriace, stări maniacale şi oligofrenie.

Hipoprosexia constă în diminuarea atenţiei, în special a orientării selective a proceselor psiho-comportamentale. Se întâlneşte – în mod normal în condiţii de oboseală, surmenaj, situaţii anxiogene şi în condiţii patologice, tulburare anxioasă, depresie, în schizofrenie (atenţia voluntară este mult diminuată, dar atenţia spontană persistă pentru instinctele elementare, după cum susţine Chaslin), în accesul maniacal.

Aprosexia – semnifica abolirea atenţiei şi se întâlneşte în stări confuzionale, demenţe şi oligofrenii, prin scăderea globală a performanţelor intelectuale.

TULBURĂRILE DE MEMORIE

Memoria (funcţia mnezică) este definită ca ansamblul proceselor de întipărire (memorare), conservare (păstrare) şi reactualizare prin recunoaştere şi reproducere a experienţei anterioare a omului sau procesul psihic de stocare/destocare a informaţiei, de acumulare şi utilizare a experienţei cognitive. Definită genetic ca proces de reflectare selectivă, activă şi inteligibilă a trecutului experienţial, memoria este în acelaşi timp şi un produs al dezvoltării social-istorice umane, fiind legată de celelalte componente ale sistemului psihic uman. În acest sens, memoria poate fi considerată (E. Minkowski) o conduită de ordin temporal care stabileşte relaţia dintre „înainte” şi „după”, între ce

a fost, ceea ce este şi ceea ce va fi. În ceea ce priveşte clasificarea tulburărilor funcţiei mnezice (dismnezii), vom adopta o clasificare în tulburări cantitative şi tulburări calitative. Desigur, această delimitare apare artificială în primul rând deoarece pentru a fi perturbată calitativ, memoria presupune să fi suferit deja tulburări cantitative, iar în practica curentă, formele sunt în majoritatea cazurilor intricate.

Dismnezii cantitative

Hipermneziile: tulburări cantitative ale funcţiei mnezice constând în evocări involuntare rapide şi uşoare, tumultuoase şi multiple, realizând o îndepărtare (circumscrisă) a subiectului de prezent.

Se pot întâlni atât în condiţii normale cât şi patologice:

— Ia normali: evocările fiind legate de evenimente deosebite, cu caracter plăcut sau neplăcut din viaţa subiectului, dar trăite intens (succes sau insucces deosebit, cataclism, evenimente deosebite);

— În afecţiunile psihice: în genere atunci când se realizează o îngustare a câmpului preocupărilor prin focalizarea funcţiilor psihice: psihopatia paranoică şi paranoia, unele oligofrenii („idioţii-savanţi”), debutul dementei luetice, nevroze: în unele forme obsesionale, isterice („memoria hiperestezică”), în condiţii speciale (detenţii, prizonierat), sindromul hipermnezic emoţional paroxistic tardiv (Tangowla) consecutive stărilor febrile, intoxicaţiei uşoare cu eter, cloroform, barbiturice, în toxicomanii, epilepsie (ca aură sau ca echivalenţă);

— Forme particulare:

Mentismul reprezintă o derulare involuntară, caleidoscopică a unor amintiri şi idei.

Viziunea retrospectivă – formă supremă a hipermneziei, subiectul retrăind în câteva momente principalele evenimente din întreaga sa viaţă. Se întâlneşte în: situaţii de pericol existenţial iminent, în paroxisme anxioase de mare intensitate, în stări

confuzionale halucinatorii, în crize de epilepsie temporală.

Hipomneziile: tulburări cantitative ale funcţiei mnezice constând în evocări lente şi dificile, sărace şi trunchiate cu tot efortul făcut, realizând o situaţie jenanta pentru subiect în momentul respectiv.

Se pot întâlni atât în condiţii normale cât şi patologice:

Elemente de psihopatologie 131

— Ia normali: în activitatea curentă legată fiind de evenimente insuficient fixate sau neglijate, preluate, în stări de oboseală sau surmenaj;

— În afecţiuni psihice: în nevroze prin deficit prosexic, în oligofrenie, prin insuficienta dezvoltare cognitivă, în stări predemenţiale;

— Forme particulare.

Lapsusul: dificultate de evocare, pasageră, cu aspect lacunar de element al frazei.

Anedoria: constă într-o uşoară stare de tulburare a funcţiei mnezice, în care subiectul evocă cu ajutorul anturajului, anumite evenimente care păreau uitate. Clasificarea în cadrul allomneziilor nu este întru totul justificată; anedoria pare mai mult o dismnezie cantitativa.

Amneziile: tulburări cantitative ale funcţiei mnezice constând în: prăbuşirea funcţiei mnezice cu imposibilitatea evocării sau fixării realizând o situaţie particulară, care obligă subiectul la găsirea unor soluţii de conjunctură.

În funcţie de debutul evenimentului, Rauschburg (1921) prin sistematizarea sa în funcţie de sens, Le-a grupat în: anterograde (de fixare) şi retrograde (de evocare).

Amneziile anterograde (de fixare): tulburare mnezică caracterizată prin: imposibilitatea fixării imaginilor şi evenimentelor după agresiunea factorială, dar cu conservarea evocărilor anterioare agresiunii

factoriale.

Deficienţa se datorează fixării, stocajul fiind relativ nealterat, putându-se considera o perturbare a memoriei imediate, în timp ce memoria evenimentelor îndepărtate este conservată, fapt care ar, putea permite considerarea amneziei anterograde drept o disociere între memoria imediată (a prezentului) şi memoria evenimentelor îndepărtate (a trecutului) având ca element de referinţă momentul agresiunii factoriale.

Se pot întâlni în: stări nevrotice şi reacţii psihogene, *sindrom Korsakov* (alcoolic, traumatic, infecţios), stări de confuzie mintală, psihoză maniaco-depresivă, presbiofrenie.

Amneziile retrograde (*de evocare*): tulburare mnezică caracterizată prin: imposibilitatea evocării imaginilor şi evenimentelor situate anterior agresiunii factoriale, dar cu conservarea posibilităţii de fixare pentru evenimentele situate posterior agresiunii factoriale.

Deficienţa se datorează evocării; stocajul fiind alterat, fixarea este relativ nealterată, putându-se considera o perturbare a memoriei evenimentelor îndepărtate, în timp ce fixarea memoriei evenimentelor recente este conservată, fapt care permite considerarea amneziei retrograde drept o disociere între memoria imediată (a prezentului) păstrată şi memoria evenimentelor îndepărtate (a trecutului) alterată, având ca element de referinţa, momentul agresiunii factoriale.

Ne apare extrem de sugestivă comparaţia lui J. Delay care aseamănă memoria cu un caiet: „Uneori câteva pagini au rămas albe – aceasta este amnezia lacunară”... „pasaje care se referă la anumite evenimente sau anumite persoane care s-au şters astfel încât au devenit nelizibile – aceasta este amnezia electivă”... „alteori au fost rupte ultimele pagini şi continuă să fie rupte de la sfârşit spre început, aceasta este amnezia retrogradă”.

Luând drept element de referinţă – momentul agresiunii factoriale şi structurând memoria în memorie a evenimentelor imediate (a prezentului – fixare) şi a evenimentelor îndepărtate (a trecutului – evocare) se pot obţine următoarele relaţii (tabelul II):

O abordare modernă a psihologiei medicale

Tipul amneziei	Memoria prezentului fixarea	Memoria trecutului evocarea	Tipul disocierii
Anterogradă	(-) alterată	(+) conservată	alterarea fixării conservarea evocării
Retrogradă	(+) - conservată	(-) alterată	conservarea fixării alterarea evocării

Amneziile retrograde, la rândul lor se pot structura după opinia noastră în:

— Amnezii retrograde localizate (lacunele)

— Amnezii retrograde progresive (retroanterogradele)

Amnezii retrograde localizate (*lacunare*) pot fi considerate drept rezultantă a absenţei sau superficialităţii fixării pentru un moment, eveniment / etapă, ceea ce va face ulterior imposibilă evocarea, o adevărată „pauză de fixare”.

Amneziile lacunare elective sunt totdeauna psihogene, cu încărcătură afectivă; unele amintiri înregistrate sunt „uitate” inconştient pentru că sunt de obicei dezagreabile, uitare ce este însă reversibilă, La fel de rapid ca şi instalarea ei.

Amneziile elective sunt uneori globale, subiectul uitând întreg trecutul, inclusiv identitatea sa, fenomen ce poate apărea periodic (memorie alternativă) realizând personalităţile alternante descrise în psihiatria secolului al XIX-lea, dar mai puţin întâlnite în zilele noastre.

Amnezii retrograde progresive (*retroanterograde*) pot fi considerate ca o alterare generală a funcţiei mnezice care interesează atât evocarea (memoria trecutului), cât şi fixarea (memoria prezentului), o adevărată lacună care se extinde fără a mai putea fi

limitată de momentul de referinţă (agresiunea factorială).

În genere se acceptă că disoluţia funcţiilor psihice nu este niciodată atât de profundă încât să împiedice procesul de fixare.

De asemenea, s-a observat că amintirile cele mai recente se pierd primele, apoi amnezia progresează spre trecut, cu conservarea de obicei a amintirilor din copilărie şi tinereţe (legea Ribot). Într-un stadiu mai avansat, memorizarea devine deficitară, realizându-se amnezia progresivă retroanterogradă.

Legea Ribot este argumentată de J. Delay prin încărcătura afectivă a trecutului imediat, care necesită pentru redare o tensiune psihică suficient de mare. Caracterul mai logic şi mai simplificat al trecutului îndepărtat favorizează evocarea; se pare că amintirile mai vechi sunt stocate mai difuz, ele rezistând mai bine la agresiuni.

Amneziile retrograde le întâlnim în:

— Amneziile din demente, dintre care în demenţa senilă întâlnim o amnezie progresivă retrogradă tipică (L Michaux);

— Amnezia retrogradă din afazia Wernicke considerată o „adevărată demenţă a limbajului” (V. Predescu);

— Amnezia din sindromul Korsakov care realizează o amnezie retrogradă;

— Tot amnezii retrograde sunt şi cele lacunare: postparoxisme epileptice, posttraumatismele cranio-cerebrale;

— Un loc aparte îl ocupă amnezia nevrotică care realizează o amnezie de tip lacunar, dar cu particularitatea de selectivitate legată în special de elemente reactive cu caracter neplăcut, particularitate care împiedică pe majoritatea autorilor de a o considera

o adevărată amnezie lacunara;

— Se mai descrie o amnezie tardivă sau întârziată ce nu apare consecutiv evenimentului imediat, lacuna instalându-se după un interval liber în unele forme de epilepsie, de asemenea neacceptată de toţi autorii.

Dismnezii calitative (Paramnezii)

Dacă în tulburările cantitative, cu deficit mnezic (hipomnezii şi amnezii) subiectul evidenţiază doar deficitul mnezic, în tulburările calitative, subiectul încearcă să compenseze deficitul mnezic prin aranjarea evenimentelor fie în altă ordine cronologică, fie schimbând poziţia sa faţă de evenimentul evocat.

Această categorie de tulburări are ca trăsătură comună o alterare a noţiunii de „timp trăit”. Sentimentul că prezentul şi trecutul nostru ne aparţin se estompează sau se prezintă în contratimp. Memoria autistică care nu mai este sub control introduce în sinteza mnezică imaginile şi afectele sale.

Paramneziile (termen introdus de Kraepelin) se caracterizează prin: evocări deteriorate ale evenimentelor produse recent sau îndepărtat, fără o legătură cu realitatea obiectivă trăită de subiect, fie sub aspect cronologic, fie sub aspectul realităţii.

Deteriorarea evocărilor va fi suplinită de subiect prin contribuţia sa.

Paramneziile se grupează în:

— Tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice)

— Tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii)

Tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice): cuprind evocări eronate ale trăirilor subiectului, neîncadrate corect în timp şi spaţiu, sau, deşi trăite nu sunt recunoscute de subiect ca proprii.

Criptomnezia: iluzie mnezică în care o idee, un material, o lucrare, de care evident nu este străin (a auzit-o, a văzut-o) subiectul o consideră drept a sa (nu este un plagiat-afirmaţia se face inconştient de

beneficiile pe care i le-ar putea aduce).

Se întâlneşte în: schizofrenie, deliruri sistematizate (paranoice sau parafrenice), dementţe traumatice şi în stadiile evolutive ale dementţelor senile şi vasculare.

Falsa recunoaştere (Wigman): iluzie mnezică în care o persoană necunoscută anterior de subiect este considerată drept cunoscută. Falsa recunoaştere poate fi difuză sau generală creând impresia de „déjà vu", „deja entendu", „deja raconte", şi în final de „deja vecu" (deja văzut, deja auzit, deja istorisit şi în final deja trăit sau deja resimţit). Sentimentul poate fi limitat la o singură persoană, obiect sau stare a conştiinţei. Mult mai rar se întâlneşte iluzia de nerecunoaştere: „bolnavul crede că cunoaşte persoane pe care nu Le-a văzut şi nu este sigur că cunoaşte persoane deja văzute. În stadiul avansat „de la a recunoaşte totul, peste tot şi permanent, el ajunge să nu mai recunoască nimic, nicăieri, niciodată" (J. Delay).

„Iluzia sosiilor" (descrisa de Capgras, 1924) este o falsă nerecunoaştere constând în faptul că bolnavul consideră ca sosie o persoană pe care o cunoaşte în mod sigur. Este întâlnită în surmenaj, obnubilare, faza maniacală a PMD, stări maniacale în prein-volutiv şi involutiv, schizofrenii, deliruri cronice, sindromul Korsakov.

Falsa nerecunoaştere (Dromand şi Levassort): iluzia mnezică în care o persoană cunoscută anterior de subiect este considerată drept necunoscută. Opusă precedentei, este mai puţin frecvent întâlnită, prezentă în psihastenii.

Paramneziile de reduplicare (Pick): iluzia mnezică în care o persoană sau o situaţie nouă este identică cu o altă persoană sau situaţie trăită anterior. Este destul de rară şi întâlnită mai ales în dementţele presenile.

Tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii) cuprind clasificări mnezice, fie sub aspectul situării în cronologie, fie sub aspectul situării în real.

Pseudoreminiscenţele falsificarea mnezică sub aspectul situării în cronologie, în care subiectul trăieşte în prezent evenimentele reale din trecut. E întâlnită în *sindromul Korsakov*.

Ecmnezia: falsificarea mnezică sub aspectul situării în cronologie, inversă precedentei, în care subiectul se întoarce în trecut şi retrăieşte activ evenimentele reale, dar situate în trecut. Ecmneziile sunt tulburări ale memoriei în care episoade întregi ale trecutului pot fi retrăite ca şi cum ar fi în prezent; au caracter tranzitor. Au fost descrise pentru prima dată de Pitters în isterie: „pacientele par să piardă noţiunea personalităţii prezente şi să o reia pe cea pe care o aveau atunci când se desfăşura episodul de viaţă pe care îl retrăiesc, cu comportamentul corespunzător”.

Viziunile panoramice ale trecutului sunt asemănătoare ecmneziilor: memoria unui subiect în criză uncinată, sau într-un pericol vital, este invadată de amintiri care îi dau iluzia că retrăieşte instantaneu întreaga existenţă. Se întâlneşte în: demenţa senilă, confuzia mintală, epilepsia temporală, isterie.

Confabulaţiile: falsificare mnezică sub aspectul situării în real, constând în reproducerea de către pacient a unor evenimente imaginare, încredinţat fiind că evocă trecutul trăit; act făcut fără alt scop decât de a suplini deteriorarea mnezică (lacunele).

Subiectul în aceste situaţii, cu ultimele resurse ale criticii sale şi cu conştiinţa parţială a perturbărilor funcţiei mnezice face eforturi de a-şi suplini lacunele, confabulaţiile intercalându-se printre evenimentele reale cât de cât subordonate cronologic.

În funcţie de gradul de deteriorare sau nedezvoltare a personalităţii, confabulaţiile pot fi ierarhizate în: confabulaţii de perplexitate, de jenă, de încurcătură, mnezice, fantastice, onirice.

Trebuie deosebite de „micile schimbări de ordine cronologică” sau de „micile adaosuri sau omisiuni” ale

copilului sau adultului normal în situaţii când doreşte să altereze adevărul, prin caracterul net intenţional şi absenţa deficitului mnezic.

Sunt întâlnite în: sindromul Korsakov, confuzia mintală, oligofrenie şi în accesul maniacal (confabulaţii cu caracter ludic).

TULBURĂRI ÎN DISCURSIVITATEA GÂNDIRII

Tulburări în ritmul gândirii

Accelerarea ritmului gândirii reprezintă o înlănţuire cu o extremă rapiditate a ideilor în care numărul asociaţiilor se multiplică, dar pierd în profunzime, evocările sunt exacerbate fiind însă minimalizate de numeroasele digresiuni, care întrerup firul principal al discursului, iar tulburările de atenţie fac subiectul incapabil de a se concentra asupra unei teme precise.

Lentoarea ideativă este reprezentată de o scădere a numărului ideilor, a posibilităţilor lor de asociere, evocări dificile, scădere a forţei de reprezentare şi a imaginaţiei.

Tulburări în fluenta gândirii

Fadingul mintal descris ca o scădere progresivă a gândirii de către Guiraud, se manifestă printr-o încetinire a ritmului verbal, ca şi cum bolnavul ar fi detaşat, un scurt interval, de ceea ce spune.

Barajul ideativ (Kraepelin), descris iniţial pentru a desemna doar oprirea actelor voluntare, termenul de baraj se referă în prezent la oprirea ritmului ideativ.

Tulburări în ansamblul gândirii

Tulburări în valorizarea judecăţilor şi raţionamentelor gândirii

Ideile dominante sunt idei care se detaşează din contextul celorlalte idei, impunându-se într-un moment dat gândirii şi sunt legate de anumite particularităţi ale personalităţii subiectului de care se leagă însăşi hipervatorizarea lor, fie că subiectul este sau nu conştient de aceasta.

Ideile prevalente. Ideea prevalentă, denumită ca

atare de Wernicke, este o idee care se impune gândirii ca nucleu al unui sistem delirant de care bolnavul se poate detaşa în faţa unor argumente logice.

Ideile obsesive sunt idei care se impun gândirii, o asediază şi o invadează, recunoscute de subiect ca un fenomen parazit, fiind străine şi contradictorii cu personalitatea individului.

Ideile delirante sunt idei în dezacord evident cu realitatea, dar în a căror realitate bolnavul crede, impenetrabil la argumentele logicii formale şi care-i modifică concepţia despre lume, comportamentul şi trăirile.

Idei de persecuţie constau în convingerea bolnavului că suferă prejudicii morale, materiale sau fizice, simţind lumea ca fiindu-i ostilă.

Idei delirante cu conţinut depresiv de vinovăţie, *autoacuzare*, *de ruină*, au drept conţinut raportarea imaginară a unor situaţii nefavorabile reale la acţiunile sau trăirile bolnavului, negarea capacităţilor intelectuale şi fizice, a posibilităţilor materiale.

Idei hipocondriace sunt convingeri privind existenta unei boli incurabile, cu gravitate deosebită, de care subiectul ar suferi, în dezacord cu starea de sănătate foarte bună sau puţin modificată a subiectului.

Sindromul hipocondriac este centrat în jurul ideilor hipocondriace cărora li se adaugă anxietatea şi cenestopatiile.

Idei de gelozie şi erofomanice sunt legate de infidelitate, a cărei victimă ar fi subiectul (Bleuler Le-a apropiat de ideile de persecuţie).

Idei de filiaţie – constau în convingerea bolnavului că nu aparţine familiei sale, ci ar descinde dintr-o familie mult superioară sau chiar ar avea descendenţă divină.

Idei delirante de invenţie, *de reformă*, *mistice* – sunt idei legate de capacitatea subiectului, de omnipotenţa lui creatoare, în domeniul ştiinţific, socio-politic sau religios.

Ideile de grandoare sunt idei legate de calităţile

deosebite fizice şi spirituale pe

1 36 O abordare modernă a psihologiei medicale care subiectul le-ar avea sau de bunurile materiale şi situaţia socială pe care acesta ar poseda-o.

Ideile de relaţie – se referă la convingerea subiectului că anturajul şi-a schimbat atitudinea faţă de el, că exercită asupra sa o influenţă defavorabilă, face aprecieri negative asupra calităţilor sale.

Ideile de influenţă sunt legate de credinţa subiectului că se află sub influenţa acţiunii unor forţe xenopatice.

Idei metafizice şi cosmogonice se referă la preocuparea subiectului de a elucida probleme ca metempsihoza, cosmogonia, biogeneza, etc.

Structurarea delirantă. Ideile delirante nu apar în mod natural „clasificate" sau monotematice; ele au tendinţa de a se articula şi sistematiza, restructurând gândirea către un mod de gândire particular

Deliruri sistematizate sunt idei delirante construind judecăţi şi raţionamente, cu aparenţă logică, dar pornind de la „postulate false" (Clerambault).

Delirurile pasionale şi de revendicare sunt caracterizate prin subordonarea întregii gândiri unei idei prevalente, însoţită de o creştere a tonusului afectiv, care va constitui elementul energo-dinamic în dezvoltarea acestui sistem de delir.

Delirul senzitiv de relaţie a fost descris de Kretschmer, ca trăirea unei experienţe conflictuale a individului faţă de grup, apărând pe fondul unei personalităţi slabe, în discrepanţă cu aspiraţiile şi scopurile propuse, vulnerabilă şi timidă, încurcându-se în aspiraţii biografice chinuitoare.

Delirul de interpretare (Sérieux şi Capgras) se constituie dintr-o masa de simptome, interpretări, intuiţii, supoziţii, pseudoraţionamente, care se vor organiza conform unui postulat iniţial.

Deliruri nesistematizate sunt deliruri în care

structurarea ideilor delirante este mult mai redusă, nemaipăstrând o aparenţă logică şi pentru care subiectul nu caută o argumentaţie raţională.

Delirurile fantastice sau de imaginaţie (*parafrenice*) sunt caracterizate de fantasticul tematicii, bogăţia imaginativă, coexistenţa lumii delirante fantastice în paralel cu cea reală, căreia subiectul continuă să i se adapteze.

Stările delirant-halucinatorii, *bufeele delirante* (sindroamele paranoide) sunt deliruri nesistematizate, însoţite de tulburări perceptuale de tip halucinator.

Delirul indus (*„folie à deux”*) este reprezentat de aderenţa într-un cuplu, a unuia din membrii la delirul celuilalt. Există forme de delir în trei, în patru, multiplu. Psihozele de masă respectă acelaşi model psihopatologic.

TULBURĂRI OPERAŢIONALE ALE GÂNDIRII

Pot fi *pasagere şi reversibile* – se referă la scăderea, în grade variabile a randamentului şi eficacităţii operaţionale a gândirii, a capacităţii de creaţie şi se întâlnesc în stări reactive, surmenaj, posttraumatic, în infecţii şi intoxicaţii – sau *permanente*.

Dintre tulburările permanente menţionăm:

Staţionare (*nedezvoltarea gândirii*) se referă la incapacitatea gândirii subiectului de a atinge anumite nivele operaţionale, de la cele mai complexe (abstractizare şi generalizare) până la cele elementare (limbajul articulat, capacitatea de autoîngrijire)

Progresivă (*demenţele*) sunt reprezentate de scăderi progresive şi globale ale întregii vieţi psihice, afectând în primul rând gândirea, iar din aceasta capacitatea de generalizare şi de abstractizare.

Sindromul demenţial are drept caracteristici următoarele:

— Scăderea capacităţilor intelectuale care perturbă integrarea socio-profesională;

— Tulburări evidente de memorie şi gândire;

— Modificarea trăsăturilor personalităţii premorbide;

— Absenţa tulburărilor de vigilitate.

TULBURĂRILE DE VOINŢĂ

Voinţa a fost studiată de filosofi şi teologi dar, în psihiatrie, este un domeniu care nu este la fel de bine cunoscut ca altele. Nu există un model comprehensiv care să cuprindă satisfăcător termenii variaţi folosiţi. Voinţa este funcţia psihismului prin care se produce actualizarea şi realizarea intenţiilor, prin organizare operaţională a acţiunilor şi structurare decizională. Este strâns legată de sistemul motivaţional, conceput ca ansamblul pulsiunilor interne, cu nivel energetic şi tensional specific, modelat socio-cultural, ca declanşator al acţiunii.

Tulburări cu suport motivaţional precis:

Hiperbulia constă în creşterea forţei volitionale, având caracter global şi fiziologic la anumite tipuri de personalităţi; este întâlnită mai rar în patologie şi de obicei cu caracter parţial (sectorizată).

Hiperbulia cu suport motivaţional delirant atinge în cadrul afecţiunilor psihotice un nivel deosebit.

Hiperbulia electivă din toxicomanii, dirijată spre obţinerea drogului cu preţul oricărui efort.

În stările obsesivo-fobice deşi are loc o creştere propriu-zisă a forţei volitionale, subiectul face un efort impresionant pentru a lupta împotriva ideilor obsesive şi în special a compulsiunilor.

Tulburări prin pierderea suportului volitional

Hipobulia reprezintă diminuarea forţei volitionale cu scăderea capacităţii de acţiune, legate de un sistem motivaţional mai slab conturat sau chiar absent, deşi conştiinţa nu e modificată şi operaţiile gândirii sunt intacte.

Cu caracter global predominant, în grade variate de intensitate, hipobulia apare în: afecţiuni de intensitate nevrotică, cerebrastenie posttraumatică, toxicomanii,

întârzieri în dezvoltarea psihică (oligofrenii), sindroame psihoorganice, cronice, demenţe. În stările maniacale, hipobulia este secundară incapacităţii de concentrare a atenţiei, excitaţiei psihice şi agitaţiei psihomotorii.

Cu caracter electiv sunt descrise hipobuliile legate de incapacitatea de a face faţă situaţiilor fobogene sau obsesiilor ideative.

Abulia reprezintă nivelul maxim de scădere a forţei voliţionale şi pierderea aproape totală a iniţiativei şi capacităţii de acţiune. Se întâlnesc în depresiile psihotice, schizofrenii, oligofrenii severe, stări demenţiale avansate.

Impulsivitatea consecinţă a unui sistem motivaţional modificat prin pulsiuni interioare imperioase, presante, care se impun conştiinţei şi determină trecerea la act, în

138 O abordare modernă a psihologiei medicale condiţiile unei capacităţi voliţionale scăzute, impulsivitatea poate fi constituţională la structurile dizarmonice de personalitate de tip impulsiv, sau poate apare în afecţiuni nevrotice, reacţii şi psihoze, când îmbracă aspectul de raptus.

Tulburări secundare destructurării suportului motivaţional

Parabulia constă în scăderea forţei voliţionale determinată în principal de dezorganizarea sistemului voliţional prin sentimente, dorinţe ambivalente, bizare, consecinţe ale disocierii ideo-afective din schizofrenie sau generată de acţiuni simultane, parazite, din nevrozele motorii.

TULBURĂRILE COMUNICĂRII

Schimburile de informaţie dintre două elemente (definiţia cibernetică a comunicării) se bazează în cadrul comunicării interumane pe ansamblul specific de procese psihomotorii în care canalul principal este cel verbal la care se adaugă canalele non verbale. Codurile folosite în transferul de informaţii sunt standardizate sociocultural şi condiţionate biologic de integritatea receptorilor şi

emiţătorilor. Prezenţa limbajului ca modalitate de comunicare verbală dă specificitate intercomunicării umane, oferindu-i o polivalenţă semnificativă infinită. Comunicarea non verbală se realizează prin utilizarea unor mijloace cu funcţie de semnalizare – ţinută, mimică, atitudine, care vin să întregească sau „să înlocuiască" limbajul, având însă cel mai adesea o funcţie de complementaritate faţă de acesta.

După V. Enătescu s-au putut diferenţia experimental următoarele tipuri de comunicare non verbală: comunicarea metaverbală (care sprijină şi întăreşte comunicarea verbală), comunicarea paraverbală (diferită şi în contrasens cu cea verbală) şi comunicarea disverbală (apărând ca o modificare în sens patologic a comunicării non verbale). Optăm pentru clasificarea tulburărilor comunicării în tulburări ale comunicării verbale şi tulburări ale comunicării non verbale.

A. TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII VERBALE 1. Tulburări ale expresiei verbale

Tulburări formale

Debitul verbal. Tulburările de debit verbal cuprind:

Hiperactivitatea verbală poate fi:

— *Simplă* (bavardajul) în care fluxul cuvintelor este crescut, situaţie întâlnită şi la persoanele sănătoase; ea devine anormală la cei care, de teama schimbului liber de idei vorbesc permanent fără a fi interesaţi de opiniile celorlalţi

— *Logoreea* constă într-o creştere a ritmului şi debitului cuvintelor. Se întâlneşte în stări de excitaţie, de agitaţie, în mania acută, la paranoici.

Hipoactivitatea simplă se poate observa la persoanele timide, psihastenice, care evită să-şi expună ideile proprii şi caută să nu lezeze auditoriul, dând vorbirii un aspect ezitant şi monoton.

Inactivitatea totală prezintă mai multe forme:

— *Mutismul este* definit ca absenţa vorbirii legată

de un factor afectiv mai mult sau mai puţin involuntar, fără a se datora unei leziuni a centrilor sau organelor vorbirii.

După intensitatea sa, mutismul poate fi relativ sau absolut. În *mutismul relativ* expresia verbală este redusă cu păstrarea expresiei mimice, gestuale şi a limbajului scris. În *mutismul electiv* din delirurile cronice şi schizofrenii, pacientul se adresează numai anumitor persoane. O altă formă a mutismului relativ o reprezintă *mutismul discontinuu*

(semimutismul), întâlnit în stările confuzionale şi delirante.

Sub variatele sale forme descrise mai sus, mutismul se poate întâlni în: stările stu-poroase reactive, catatonie, isterie, stuporul depresiv, stările confuzionale, demenţă, tulburarea obsesiv-compulsivă.

— *Mutacismul este* un mutism deliberat, voluntar pe care îl întâlnim în: manie, stările delirante, tulburarea de personalitate histrionică şi schizoidă, oligofrenie, demenţe, simulaţie.

Ritmul verbal. Tulburările ritmului verbal sunt reprezentate de:

Tahifemia – reprezintă accelerarea ritmului limbajului apărând în stări de insomnie, agitaţie sau în palilalie unde se asociază cu iteraţia.

Bradifemia – reprezintă încetinirea ritmului limbajului, regăsindu-se în stări depresive, demenţe, oligofrenie, epilepsie.

Afemia – este imposibilitatea de a vorbi; deşi subiectul mişcă limba şi buzele, îşi exprimă incapacitatea sa de comunicare verbală prin mimică.

Ritmul neregulat – este realizat prin *baraj verbal* (discontinuitate corespunzătoare barajului ideativ), bălbism, iteraţie.

Intonaţia.

Intensitatea vorbirii. În stările de excitaţie, agitaţie, la paranoici, la hipomaniacali, se descriu vorbirea cu

voce tare, exclamaţiile, vorbirea cu strigăte; în depresii apare vorbirea şoptită.

Coloratura vorbirii se concretizează prin vorbire monotonă (în depresie), afectată, puerilă, manieristă (în schizofrenie).

Tulburările fonetice se referă la tulburări ale articulării cuvintelor (disartrii), care sunt date de dificultatea de execuţie a mişcărilor coordonate sintonic ale aparatului fonator. Ele se întâlnesc în afecţiuni neurologice (exemplu: boala Parkinson, boala Wilson, coree) şi în afecţiuni psihice (isterie, tulburări anxioase, schizofrenie, demenţe). Aceste tulburări sunt reprezentate de bălbism, rotacism, sigmatism, rinolalie).

Tulburările semanticii şi sintaxei se referă la modificările apărute la nivel de cuvânt, frază, limbaj.

Paralogismul este un cuvânt normal, dar utilizat în sens diferit de cel uzual.

Neologismul este un cuvânt nou, creat prin mecanismele obişnuite de formare a cuvintelor noi: compoziţia simplă, contaminare, fuziune a unor fragmente de cuvinte.

Embololalia este inserţia într-un discurs normal a unuia sau mai multor cuvinte străine frazei care revin periodic.

Agramatismul (Kussmaul) este limbajul lipsit de articole, conjuncţii, prepoziţii, redus la un schelet de „stil telegrafic".

Paragramatismul (Bleuler) consta în expresii bizare şi neoformaţii verbale, plecând de la rădăcini corecte.

Elipsa sintactică constă în suprimarea unor cuvinte sau a prepoziţiilor care ar da sens frazei a cărei elemente principale rămân însă incluse în structura ei.

Onomatonomia constă în repetarea obsedantă a unuia sau a mai multor cuvinte, în general grosolane.

Asintaxia este limbajul lipsit total de structură gramaticală constând într-o succesiune de cuvinte care

îşi păstrează însă semnificaţia.

Stereotipiile verbale constau în repetarea uniformă de cuvinte izolate sau grupate invariabil cu un caracter ritmat, regulat, monoton.

Ecolalia este repetarea cuvintelor interlocutorului, de obicei asociată cu reproducerea intonaţiei.

Psitacismul este vorbirea total lipsită de sens, „de papagal”.

Glosomania cuprinde ansamblul manifestărilor verbale neoformate, acumulate fără sintaxa, lipsite de semnificaţie proprie, acest limbaj neavând valoare de mesaj, ci doar un joc megalomanic întâlnit în manie şi schizofrenie.

Verbigeraţia constă în debitarea automată de cuvinte fără legătură, fragmente de fraze sau fraze întregi nelegate între ele, cu deformarea sintaxei, cu neologisme ce fac limbajul incomprehensibil.

Toate aceste tulburări izolate sau grupate se întâlnesc în schizofrenie, deliruri cronice, confuzie onirică, în afazii, datorită parafaziei şi jargonofaziei, tulburări demenţiale.

Tulburările semantice ale limbajului apar frecvent în schizofrenie şi sunt reprezentate de:

Schizofaziedescrisă de Kraepelin sau discordanţa verbală (Chaslin), este un tip de discurs specific schizofreniei care, după un debut prin câteva fraze comprehensibile, se transforma prin gruparea cuvintelor şi neologismelor intercalate cu debit rapid, într-un limbaj ermetic, căruia doar intonaţia îi traduce o notă afectivă inteligibilă – interogaţie, ură, declaraţie etc.

Glosolalie (Flournay) constă în structurarea de către bolnav a unei limbi noi, ce se organizează şi se îmbogăţeşte progresiv; are de obicei un conţinut delirant de tip paranoid ce creează un limbaj nou.

Pseudoglosolaliile sunt deformări sistematice ale unor cuvinte generând un limbaj nou în aparenţă, puţin diferit filologic de un jargon.

Schizoparalexia constă în introducerea de litere parazite în cuvintele pe care le pronunţă bolnavul

Schizoparafazia (Bobon) reprezintă gradul extrem al discordanţei verbale.

Limbajul incoerent – ca formă de maximă alterare, incomprehensibil, ireductibil la o analiză gramaticală.

2. Tulburări ale expresiei grafice

Scrisul, ca exprimare grafică a limbajului vorbit, prezintă tulburări care sunt paralele cu ale acestuia.

Elemente de psihopatologie 141

Hiperactivitatea (graforeea) este nevoia irezistibilă de a scrie şi se manifestă simultan cu logoreea, deşi ele pot fi disociate. Se întâlneşte în manie, unde bolnavii scriu pe coli, feţe de mese, pereţi; în schizofrenie; în deliruri cronice; în diferite tulburări de personalitate. Fixarea invariabilă, intoxicaţia cu cuvânt, reprezintă o variantă particulară de graforee, întâlnită în tulburări demenţiale şi forma hebefrenică a schizofreniei.

Inactivitatea (refuzul scrisului) este în general asociată mutismului dar există uneori o disociaţie între acestea, bolnavul refuzând să vorbească, dar acceptând să scrie.

Dintre tulburările morfologiei scrisului amintim:

Tulburări ale caligrafiei (micrografii, macrografii, manierisme, stereotipii etc.)

Tulburări ale dispunerii textului în pagină (scris în cerc, în pătrat, adnotări bizare etc)

Policromatografia (bolnavii scriu folosind mai multe culori atunci când nu este cazul).

Similare tulburărilor limbajului descriem tulburări semantice ale expresiei grafice precum: neografismele, paragrafismele, embolografia, schizografia, pseudografia, ermetismul (semne cabalistice, simbolice), grifonajul (scrisul este transformat într-o mâzgălitură).

3. Afaziile reunesc ansamblul tulburărilor de exprimare şi înţelegere a limbajului oral şi scris, datorat unei leziuni cerebrale circumscrise şi unilaterale (Delay

şi Lhermitte). Având un substrat neurologic clar renunţăm să le prezentăm în cadrul acestui capitol.

B. TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII NONVERBALE

1. Ţinuta se referă la aspectul exterior: îmbrăcămintea, pieptănătura, atitudinea bolnavului şi semnifică gradul de raportare al acestuia la regulile de convenienţă socială. Ea este în raport cu vârsta, sexul biologic, rolurile sociale.

Ţinuta dezordonată apare în oligofrenii, demenţe, stări confuzionale, schizofrenie, manie. Pierderea aptitudinilor de autoîngrijire elementare dă un aspect particular – gatismul, care se întâlneşte în demenţele profunde şi oligofreniile grave.

Rafinamentul vestimentar se întâlneşte în: isterie, homosexualitate şi într-o formă particulară în schizofrenie.

Ţinuta excentrică cu detalii bizare se întâlneşte în: schizofrenii, deliruri cronice (fiind în concordanţă cu conţinutul acestora), stări maniacale (satisfăcând tendinţele ludice şi provocator erotice ale subiectului).

Ţinuta pervertită este reprezentată de două forme particulare:

Cisvestismul este o îmbrăcăminte nepotrivită cu vârsta sau situaţia în care se află subiectul şi se întâlneşte la structurile dizarmonice de personalitate, maniacali şi schi-zofreni.

Transvestismul este folosirea îmbrăcămintei sexului opus, de către persoane al căror sex biologic este bine exprimat (fenotip, genotip, constelaţie hormonală), ca perversiune sexuală. Se asociază uneori cu homosexualitatea şi este mai frecventă la bărbaţi.

2. Mimica reprezintă un tip de comunicare non verbală folosind drept suport expresia facială şi modificările acesteia după coduri cu o importantă determinare socio-culturală şi etnică.

Hipermimiile se întâlnesc într-o serie de tulburări

psihice (stări maniacale, depresie, delirurile expansive, deliruri de persecuţie)

Hipomimiile se întâlnesc în sindromul catatonic, în stuporul depresiv, în oligofrenii etc.

Paramimiile sunt reprezentate de disocieri dintre limbaj şi expresia mimică. Sunt specifice schizofreniei, putând îmbrăca aspectul surâsului schizofren, prostraţiei, furtunilor mimice, incoerenţei mimice, mimicii impulsionale, manierismelor şi stereotipiilor.

3. Gestica este compusă din ansamblul mişcărilor voluntare sau involuntare cu funcţie de expresie, simbolizare, conduite cu o anumită semnificaţie.

Ticurile sunt gesturi scurte, repetate involuntar, fără necesitatea obiectivă, atingând grupe musculare în legătură funcţională, reproducând în general o mişcare reflexă sau un gest cu funcţie precisă în condiţii normale, în absenţa oricărei cauze organice. Ele se pot prezenta într-o nesfârşită varietate clinică de la mişcări simple (clipit, tuse, ridicări de umăr etc.) până la acte cu un grad mai mare de complexitate. Ticurile sunt amplificate de anxietate, emoţii, stări conflictuale şi diminuă atunci când subiectul este liniştit. Apar în tulburări anxioase, obsesiv-compulsive, la structurile psihastenice. Ca o variantă particulară amintim aici *sindromul Gilles de la Tourette* (boala ticurilor), reprezentat de asocierea unor ticuri multiple afectând în special regiunea capului şi membrele la care se adaugă ticuri vocale (plescăituri, mormăituri, etc.) şi impulsiunea irezistibilă de a rosti obscenităţi (coprolalie).

Manierismul este reprezentat de mişcări parazitare care accentuează inutil expresivitatea gesticii dându-i o configuraţie artificială. Se întâlneşte în simulaţie şi ca un semn de mare valoare în schizofrenie, isterie.

Bizareriile gestuale reprezintă o formă exagerată a manierismului gestualitatea fiind încărcată de o simbolistică din ce în ce mai incomprehensibilă.

Negativismul se caracterizează prin rezistenţa

subiectului la orice solicitare exterioară, prin refuzul stabilirii comunicării. Se întâlneşte în schizofrenie dar poate exista într-o formă incomplet exprimată şi având o altă semnificaţie, în întârzierile mintale, stările confuzionale şi depresie.

Stereotipiile sunt conduite repetitive, atitudinale sau gestuale cu caracter mai mult sau mai puţin simbolic şi deci cu un grad mai mare de inteligibilitate. Majoritatea autorilor sunt de acord asupra existenţei unui sens iniţial al expresiei motorii deoarece actele au o logică în sine dar aceasta este inadecvată momentului actual. Se întâlnesc în schizofrenii, oligofrenii, demenţe, afecţiuni neurologice cronice.

Perseverările se traduc prin persistenţa anumitor atitudini şi gesturi care se repetă iterativ, când nu mai sunt justificate de o situaţie sau de o comandă sau se întâlnesc în tulburările demenţiale în oligofrenii, în schizofrenie.

CONDUITA MOTORIE ŞI TULBURĂRILE El

Activitatea motorie reprezintă o succesiune de acte care urmăresc realizarea unui scop definit. În realizarea ei concură integritatea efectorilor cu sistemul motivaţional voliţional, capacitatea anticipativ decizională, claritatea câmpului de conştiinţă. Numeroşi factori pot contribui la dezorganizarea ei realizând astfel o serie de manifestări pe care încercăm să le sistematizăm astfel:

Elemente de psihopatologie 143

Dezorganizarea conduitelor motorii este reprezentată de:

Agitaţie – reprezintă o dezorganizare globală a conduitelor motorii, fiind de regulă corelată cu dezorganizarea ierarhizării instanţelor psihice şi concretizându-se în acte motorii necoordonate care se desfăşoară aleatoriu şi care se diferenţiază după structurile psihopatologice de care depind. Stările de agitaţie se diferenţiază după amploarea şi intensitatea

lor, căpătând o anumită specificitate în funcţie de etiologia lor. Ele se întâlnesc: în stările confuzionale, stările maniacale, schizofrenie, epilepsie.

Inhibiţia motorie – este caracterizată prin încetinirea până la dispariţie a activităţii motorii însoţită de regulă de tulburări în discursivitatea gândirii şi ale comunicării non-verbale. Se întâlneşte în stările reziduale, în depresii de diferite intensităţi, în schizofrenii, forma catatonică şi după tratament neuroleptic.

Catatonia este o dezintegrare a conduitei psihomotorii prin lipsă de iniţiativă motorie, tradusă prin catalepsie, inadecvare completă a mişcărilor, reducerea lor la un nivel semiautomat şi stereotip se întâlneşte în stările toxico-septice, encefalite acute şi subacute, sifilis central, paralizie centrală progresivă, intoxicaţii, tumori cerebrale, schizofrenie, depresie majoră.

Sindromul catatonic grupează o serie de fenomene psihomotorii: catalepsia, flexibilitate ceroasă, parakinezii, la care se adaugă negativismul şi sugestibilitatea ca şi o serie de tulburări neurovegetative.

TULBURĂRILE AFECTIVITĂŢII

Afectivitatea reprezintă ansamblul însuşirilor psihice, care asigură reflectarea subiectivă a concordanţei dintre realitatea interioară şi cea externă, ca proces dinamic şi continuu.

Sunt puse astfel în rezonanţă două modalităţi: cea a subiectului şi cea a ambianţei pentru a crea un nuanţat ansamblu de trăiri unice şi irepetabil tocmai prin această dinamică personală specifică.

Trebuie notate două nivele ale afectivităţii sub raportul complexităţii şi motivaţiei care le generează:

— *Afectivitatea bazală* (*holotimică*) căreia i-ar corespunde emoţiile primare şi dispoziţia. Generarea acesteia porneşte de la motivaţii înnăscute, apropiate de viaţa instinctivă. Ele trec sub control voluntar, dar

declanşarea lor necesită participarea instanţelor conştiinţei. Baza neurofiziologică este legată de formaţiunile subcorticale, iar cea biochimică ar fi reprezentată de funcţionarea neurotransmiţătorilor (noradrenalină, serotonină, dopamină).

Afectivitatea elaborată (*catatimică* – H.W. Maier) căreia i-ar corespunde emoţiile secundare (pasiuni, sentimente). Acestea se formează în cadrul sistemului de condiţionare-învăţare, prin opţiuni axiologice, culturale şi sociale (estetice, etico-morale, filosofice, politice). Ele apar în strânsă legătură cu procesele gândirii (interpretare, evaluare, comparare, alegere) şi memoriei. Sentimentele şi pasiunile vin să se constituie astfel ca rezultantă complexă a unei serii de judecăţi valorice, de analize şi interpretări ale lumii. Nu mai este necesar să subliniem că baza neurofiziologică a acestora este nivelul cortical.

Cele două nivele – afectivitatea bazală şi cea elaborată – nu acţionează însă independent, organizarea afectivă globală rezultând din corelarea celor două componente, care nu reprezintă un proces liniar sau de sincronizare mecanică.

Stările de afect sunt manifestări explozive şi cu efect dezorganizator asupra comportamentului, însoţite de modificări mimico-patomimice şi tulburări vegetative de tip simpatic, polarizând câmpul conştiinţei în jurul evenimentului conflictual şi caracterizate prin inadecvarea răspunsului şi a activităţii psihomotorii. Menţionăm printre acestea furia şi frica.

Tulburările dispoziţiei

Dispoziţia este acel tonus afectiv fundamental, bogat în toate instanţele emoţionale şi instinctive, care dă fiecăreia din stările noastre sufleteşti o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi, ai plăcerii şi ai suferinţei (J. Delay). Deci dispoziţia reprezintă polaritatea stărilor afectivităţii

bazale într-un moment dat modificarea ei în sens patologic poartă numele de distimie.

Vom clasifica distimiile după intensitatea lor, în hipoşi hipertimii.

HIPOTIMIILE

Reprezintă scăderi în grade diferite ale tensiunii afective, traduse prin expresivitate, mimică redusă, răspuns comportamental sărac, rezonanţă afectivă ştearsă.

INDIFERENŢA se traduce prin dezinteres pentru lumea exterioară şi slabă modulare a paletei emoţionale.

APATIA este caracterizată prin lipsa de tonalitate afectivă şi dezinteres auto şi allopsihic.

ATIMIA se caracterizează printr-o accentuată scădere de tonus şi o rezonanţă afectivă aproape nulă la evenimentele exterioare, care par a rămâne în mare măsură străine subiectului. Inexpresivitatea mimico-pantomimică este caracteristică.

HIPERTIMIILE

Reprezintă o creştere a încărcăturilor afective antrenând variaţii importante ale cutimiei, activităţii şi comportamentului.

ANXIETATEA – a fost definită de P. Janet ca teamă fără obiect, manifestată prin nelinişte psihomotorie, modificări vegetative şi disfuncţii comportamentale. Anxietatea are caracter de potenţialitate, deformând trăirea prezentă în raport cu viitorul presimţit ca ostil şi predeterminat ca atare.

Anxietatea patologică este distinctă faţă de neliniştea sau teama obişnuită, resimţită de orice subiect în faţa unei situaţii noi sau cu un grad de dificultate sporit, al cărui răsunet asupra activităţii este pozitiv (concentrare, mobilizare a forţelor).

Anxietatea prezintă următoarele caracteristici:

— Este nemotivată;

— Se referă la un pericol iminent şi nedeterminat, faţă de care apare o atitudine de aşteptare (stare de

alertă);

— Este însoţită de convingerea neputinţei şi dezorganizării în faţa pericolului;

— Asocierea unei simptomatologii vegetative generatoare de disconfort somatic;

se declanşează astfel un cerc vicios prin care anxietatea se autoîntreţine.

Anxietatea se întâlneşte în următoarele circumstanţe patologice: în reacţii de intensitate nevrotică şi psihotică, în neurastenii, în alte nevroze, în stări depresive, în psihoze, în sindromul de abstinenţă la toxicomani, în debutul psihozelor presenile şi demenţelor.

Anxietatea nevrotică – toate stările nevrotice au ca element comun prezenţa anxietăţii, care ocupă de obicei un loc important în tabloul simptomatologic.

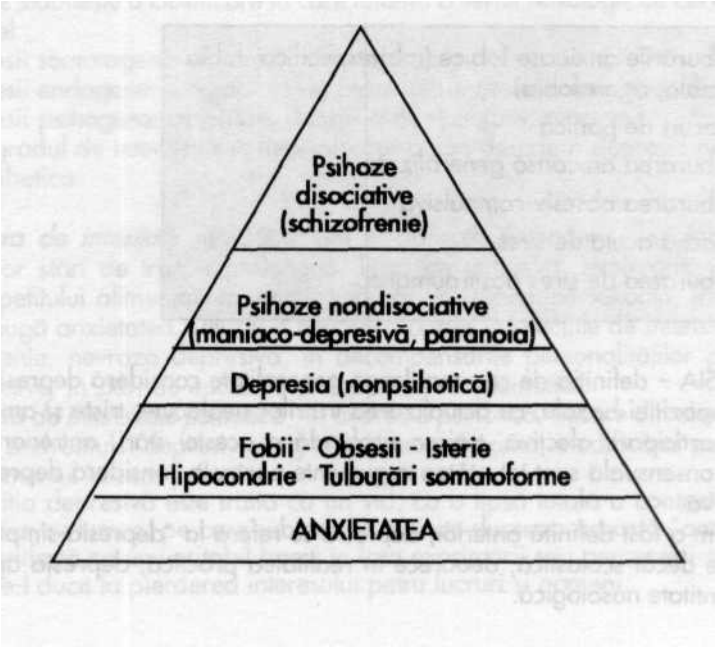
Anxietatea psihotică – apare fie ca însoţitor al depresiei sau independentă de aceasta ca în schizofrenie şi psihozele organice. Ea determină perturbări vegetative majore, ale instinctului alimentar şi ritmului hipnic.

Raptusul anxios – poate apare în reacţii acute de şoc sau psihoze, ca o izbucnire impulsivă, manifestată printr-o bruscă şi intensă accentuare a stării anxioase, bolnavul putând face tentative suicidare sau mai rar acte heteroagresive.

Echivalenţe somatice ale anxietăţii – recunoaşterea acestor semne facilitează evidenţierea anxietăţii, mai ales atunci când participarea bolnavului, dintr-un motiv sau altul, este redusă. Aceste semne sunt legate de excitarea sistemului nervos simpatic: paloarea feţei, mimică tensionată, midriază, uscăciunea gurii, valuri de transpiraţie, tremor fin al extremităţilor, tahicardie, extrasistole, jenă precordială, anorexie, crampe abdominale, diaree, tahipnee, senzaţie de constricţie

toracică, micţiuni imperioase şi frecvente, insomniile de adormire, creşteri tensionale, hiperglicemie şi hiperlipemie.

LOCUL ANXIETĂŢII ÎN IERARHIA DIAGNOSTICĂ (TYRER 1984)



O abordare modernă a psihologiei medicale

SIMPTOME ALE TULBURĂRII ANXIOASE

PSIHICE	- iritabilitate - anxietate anticipatorie - concentrare insuficientă
SOMATICE - gastro-intestinale: - respiratorii: - cardiovascular: - genito-urinar: - neuro-muscular:	- gura uscată, - dificultate în deglutiţie - inspir dificil, - senzatie de constrictie toracica - palpitaţii - insuficienta erecţiei, - disconfort menstrual - tremuraturi, - cefalee, - dureri musculare
TULBURĂRI DE SOMN:	- insomnie
ALTELE:	- depresie, idei obsesive

Tulburările anxioase (conform clasificării DSM-IV)

I

- Tulburările anxioase fobice (fobia specifică, fobia socială, agorafobia)
- Atacuri de panică
- Tulburarea anxioasă generalizată
- Tulburarea obsesiv-compulsivă
- Reacţia acută de stres
- Tulburarea de stres posttraumatică

DEPRESIA – definiţia de cea mai larga generalitate consideră depresia ca o prăbuşire a dispoziţiei bazale, cu actualizarea trăirilor neplăcute, triste şi ameninţătoare. Puternica participare afectivă, trăirea profundă a acestei stări, antrenarea comportamentală consensuală sunt tot atâtea argumente pentru a considera depresia o hipertimie negativă.

Aşa cum a fost definită anterior, depresia se referă la „depresia-simptom" şi definiţia nu este decât scolastică, deoarece în realitatea practică, depresia apare ca sindrom sau entitate nosologică.

În cele ce urmează, ne vom referi la acest al doilea aspect (sindrom), pe care-l vom defini, aşa cum fac şi alţi autori, operaţional, componentele sale fiind răsunetul ideativ, comportamental şi somatic al tulburării afective.

Sindromul depresiv are drept componente definitorii dispoziţia depresivă, încetinirea proceselor gândirii şi lentoare psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome auxiliare de expresie somatică. Dispoziţia depresivă este trăită ca „tristeţe vitală" (K. Schneider), pierderea sentimentelor, golire şi nelinişte interioară, conţinut perceptual cenuşiu, nebulos uneori.

Încetinirea proceselor gândirii este exprimată de mono-ideism, incapacitate decizională, conţinut depresiv, ruminaţii. Ideaţia poate lua forma ideilor delirante cu caracter de autoacuzare, vinovăţie, inutilitate, ruină etc. depresivul trăieşte o stagnare a timpului intim imanent, care se desincronizează de timpul real; aceasta oprire a timpului trăit marchează ansamblul tulburărilor depresive, bolnavul prezentând o incapacitate de acţiune autentică (A. Tatossian).

Lentoarea psihomotorie este caracterizată de încetinirea mişcărilor, scăderea expresiei şi mobilităţii mimice (hipo sau amintie), dificultate de verbalizare, tendinţa de a se complace în activităţi fără scop (inerţie psihomotorie).

Simptome auxiliare de expresie somatică: se traduc printr-o tulburare a sentimentelor vitale (a vitalităţii) – astenie, lipsă de vigoare fizică, insomnii, anorexie şi scădere în greutate, tulburări ale dinamicii sexuale.

Tulburările somatice sunt legate de hiperactivitatea simpatică dublată de inhibiţia parasimpatică: hiposalivaţie, dureri epigastrice, meteorism, constipaţie sau diaree, greutăţi în respiraţie, disconfort precordial, tulburări de ritm cardiac, extrasistole, ameţeli, cefalee, durei difuze în regiunea tractului urogenital.

Depresia este cel mai frecvent întâlnit fenomen

psihopatologic în practica psihiatrică şi nu numai în aceasta.

Kielholz stabileşte o clasificare în care îmbină criteriul nosologic cu cel etiologic. Se descriu astfel:

— Depresii somatogene: organice, simptomatice;

— Depresii endogene: schizoafective, bipolare, unipolare, involuţionale;

— Depresii psihogene: nevrotice, depresia de epuizare, reactive.

După gradul de intensitate a depresiei, se poate descrie o depresie nevrotică şi o depresie psihotică.

Depresia de intensitate nevrotică este declanşată psihogen şi se manifestă sub aspectul unor stări de tristeţe prelungită, lipsă de iniţiativă, intoleranţă la frustrare, scăderea apetitului alimentar, insomnii, tulburări de dinamică sexuală, iritabilitate, la care se adaugă anxietatea. Depresia nevrotică apare în reacţiile de intensitate nevrotică, neurastenie, nevroza depresivă, în decompensările personalităţilor psihastenice, isterice, afective, în stări de epuizare şi depresiile simptomatice.

Depresia de intensitate psihotică – în depresia psihotică, fiecare din elementele constitutive ale sindromului depresiv ating intensitatea maximă, modificând personalitatea şi comportamentul în sens psihotic.

Dispoziţia depresivă este trăită ca un vid, ca o lipsă totală a contactului şi rezonanţei afective cu lumea, pe care subiectul o resimte dureros: această „anestezie afectivă”, se manifestă ca un veritabil baraj în faţa exprimării sau perceperii sentimentelor proprii, care-l duce la pierderea interesului pentru lucruri şi oameni.

O abordare modernă a psihologiei medicale

Încetinirea proceselor gândirii se manifestă prin bradipsie şi sărăcirea conţinutului ideativ, incapacitate de evocare şi sinteză, hipoproxexie; asociaţiile sunt dificile, imaginaţia redusă, hipermnezie selectivă însoţită de ruminaţii. Producţia verbală traduce în mare măsură

inhibiţia intelectuală, fiind încetinită, ajungând uneori până la mutism. Scăderea performanţelor intelectuale, prezenţa anesteziei psihice îi generează depresivului sentimente de autodepreciere şi durere morală. Acestea vor genera, la rândul lor, idei de autoacuzare, inutilitate, deschid calea către ideile suicidare şi trecerea la act. Nemaiputându-şi imagina viitorul, pacientul pierde orice dimensiune a realităţii, are stări de derealizare şi depersonalizare.

Pe plan psihomotor pacientul poate prezenta o inhibiţie profundă, mergând până la imposibilitatea de a se deplasa; activitatea spontană este redusă la minimum.

Atunci când depresia se însoţeşte de anxietate, tensiunea psihică insuportabilă se poate manifesta printr-o nelinişte motorie, agitaţie, atingând paroxismul în raptusul depresiv, care se însoţeşte de acte impulsive, autoşi mai rar heteroagresive.

Tentativa de sinucidere şi suicidul – depresia de intensitate psihotică este una din cauzele cele mai frecvente ale comportamentului suicidar. Ea apare fie ca o descărcare a tensiunii psihice insuportabile, fie ca o soluţie univocă în faţa eşecului existenţial aparent, generat de trăirea ideilor delirante depresive. Deseori disimulată, pregătită minuţios, trecerea la act este hotărâtă, violentă, solitară, demonstrând autenticitatea dorinţei de autodistrugere (defenestrare, spânzurare, înec).

Depresia mascată – termenul se foloseşte de la sfârşitul anilor ’20 fiind aplicat de Lange depresiilor endogene, cu dominantă copleşitoare a simptomelor fizice. Observaţiile ulterioare au stabilit existenţa sa şi în depresiile psihogene. În 1973 este definit ca *„boală depresivă în care simptomele somatice ocupă primul plan sau în care simptomele psihice sunt în planul secund (ca substrat)”*.

DEPRESIA ÎN BOLILE SOMATICE

Simptome depresive semnificative clinic sunt

decelabile la aproximativ 12 până la 36% dintre pacienţii cu alte afecţiuni nonpsihiatrice. Aşadar cei mai mulţi pacienţi cu o suferinţă somatică nu au depresie.

Dacă este prezenta o tulburare depresivă atunci aceasta trebuie abordată ca o condiţie independentă (posibil precipitată de vulnerabilitatea biologică sau psihologică a individului) care trebuie separat tratată.

Nu este corecta atitudinea unor medici care consideră că este bine să trateze în primul rând şi / sau numai tulburarea somatică şi, apoi „după rezolvarea acesteia" să orienteze bolnavul către un psihiatru.

Depresia trebuie şi ea căutată şi investigată; astfel că nu se recomandă realizarea unui diagnostic prin excludere.

Atunci când o tulburare depresivă apare împreună cu o suferinţă somatică, sunt câteva explicaţii posibile:

Suferinţa medicală generală provoacă în mod biologic depresie, de exemplu hipotiroidia determina depresie;

Suferinţa somatică declanşează depresia la persoane vulnerabile genetic pentru depresie; exemplu boala Cushing poate precipita un episod depresiv major;

Suferinţa somatică produce psihologic depresia; de exemplu un pacient cu cancer devine depresiv în mod reactiv, ca o reacţie la prognotic, la durere şi invaliditate;

Suferinţa somatică şi depresia nu sunt corelate, sunt independente.

ESTE IMPORTANT CA PRACTICIANUL SĂ FACĂ ACESTE DIFERENŢE

Elemente de psihopatologie 149

Noţiunea de suicid tinde să fie înlocuită cu cea de conduită suicidară, care înglobează suicidul reuşit, tentativele suicidare, ideile de sinucidere, sindromul presuicidar.

Suicidul (de la sui = de sine şi cidium = omorâtor) semnifică „orice caz în care moartea rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ, făcut de victima

însăşi, care ştie că trebuie să producă acest rezultat" (Durkheim).

Substituirea probabilului şi posibilului cu neantul, cu nonsemnificativul, demonstrează că sinuciderea nu este o opţiune, ci mai degrabă negarea totală a posibilităţii de a alege.

Tentativele suicidare sunt aparent sinucideri ratate din motive tehnice (mijloace de sinucidere inadecvate sau fortuite, intervenţia unor persoane străine). Datele statistice arată însă că există diferenţe semnificative în ceea ce priveşte vârsta şi sexul celor care nu reuşesc.

Tentativa suicidară pare a avea cel mai adesea semnificaţia unei nevoi crescute de afecţiune şi atenţie din partea anturajului, faţă de care subiectul se simte izolat, subestimat, respins. Tentativa de sinucidere poate fi repetată.

Sindromul presuicidar a fost descris de Ringel ca fiind caracterizat prin restrângerea câmpului de conştiinţă şi afectivităţii şi înclinaţia către fantasmele suicidului.

Mulţi autori susţin dificultatea punerii în evidenţă a sindromului presuicidar, unii atribuindu-l unei predispoziţii de ordin caracterial.

Conduitele pseudosuicidare (Falsele suiciduri)

Din definiţia suicidului citată de noi, rezultă că se consideră ca atare acest act, atunci când subiectul îi evaluează consecinţele. Implicit, nu vor fi cuprinse în această categorie decesele survenite în timpul stărilor confuzionale (care sunt accidentale), sinuciderea halucinatorie imperativă din stările crepusculare epileptice, şi cea din stările demenţiale.

Nu am inclus în cadrul conduitelor suicidare echivalentele suicidare, din care menţionăm automutilarile, refuzul alimentar, refuzul tratamentului şi aşa-numitele sinucideri cronice (alcoolismul şi toxicomaniile), ele asemănându-se prin caracterul simbolic prin tendinţa la autodistrugere cu

comportamentul suicidar, dar realizând o deturnare, de ultim moment, de la explicitarea pentru sine şi pentru ceilalţi a actului.

Disforiile sunt stări dispoziţionale de tip depresiv asociate cu disconfort somatic şi excitabilitate crescută. Agresivitatea şi impulsivitatea subiectului este crescută, determinând uneori un comportament coleros; Ia acestea se adaugă deseori logoreea şi anxietatea. Se întâlneşte în stările psihopatoide (posttraumatice, postencefalitice, toxice), comiţialitate, stările mixte din psihozele afective.

Euforia – este reprezentată de o creştere a dispoziţiei având o tonalitate afectivă pozitivă, expansivă (hipertimie pozitivă). Ca şi în cazul depresiei trebuie operată o distincţie între euforia (veselia) normală, şi cea patologică.

Ca şi depresia, cea de a doua nu apare izolată, ci în cadrul unui sindrom a cărui bază psihodinamică este sindromul maniacal.

Sindromul maniacal are drept componente definitorii dispoziţia euforică, accelerarea proceselor gândirii, excitaţie psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome de expresie somatică.

Dispoziţia euforică este caracterizată prin bucuria de a trăi, optimism debordant, sentimente de omnipotenţă şi încredere nelimitată în forţele proprii. Toate acestea se

150 O abordare modernă a psihologiei medicale însoţesc aproape întotdeauna de o vie excitaţie erotică, contrastând uneori cu comportamentul anterior al subiectului, cu vârsta, cu date biologice obiective.

Dispoziţia euforică are o mare labilitate spre deosebire de cea depresivă, bolnavul trecând rapid de la bucurie la stări de plâns, furie şi chiar agresivitate.

Accelerarea proceselor gândirii se manifesta prin accelerarea ritmului gândirii (tahipsihie), accelerarea reprezentărilor mintale, fugă de idei, cu asociaţii de idei superficiale, făcute într-un mod elementar (asonanţă,

rime, jocuri de cuvinte), hipoprosexie cu aparentă hiperprosexie spontană. Exaltarea imaginativă dă naştere unor adevărate producţii pseudodelirante – idei de invenţie, de grandoare, mistice, în care însă bolnavul nu crede cu seriozitate. Limbajul reflectă dezorganizarea gândirii maniacale, abundă în jocuri de cuvinte, onomatopee, ironii, înlănţuite la întâmplare într-un flux continuu.

Sindromul hipomaniacal este o formă atenuată, benignă a sindromului maniacal. A fost uneori descris ca unul din polii personalităţilor afective.

TULBURĂRI ALE DINAMICII DISPOZ – lţi ONALE sunt fluctuaţiile pe care le suferă dispoziţia, schimbările de tonalitate, de la un interval de timp la altul, sunt după unii autori, date genetice care se înscriu ca specifice în nota personală, individuală. Stabilitatea emoţională, scăzută la copil, se desăvârşeşte pe măsura maturizării atingând nivelul optim al adultului.

Rigiditatea afectivă este reprezentată de conservarea în timp, contradictorie cu schimbările obiective, situaţional, a unei structuri afective. Aceasta se traduce în principal printr-o disfuncţie majoră a personalităţii, antrenând o „rigidificare" a sistemului de credinţe şi valori, motivaţii, etc. care duc la o echilibrare neadecvată la solicitările externe. Se întâlneşte la unele personalităţi dizarmonice.

Labilitatea emoţională se caracterizează prin variaţii dispoziţionale frecvente, lipsite de contextualitate, sau dimpotrivă fiind legate doar de starea afectivă a celor din jur (poikilotimie). Se întâlneşte în stările maniacale, oligofrenii, hipertiroidii, debutul unor demenţe, PGP, Ia unele personalităţi dizarmonice (isterice, afective).

TULBURĂRI ALE EMOŢIILOR ELABORATE

Paratimiile – modificări predominant calitative ale emoţiilor elaborate, caracterizate prin inadecvarea extremă în raport cu contextul situaţional al dispoziţiilor, sentimentelor, trăirilor afective. Se întâlnesc în stări

reactive, psihoze schizofrenice, tulburări de involuţie, parafrenie.

Inversiunea afectivă se manifestă ca o schimbare a sentimentelor, pozitive, fireşti, avute de subiect anterior îmbolnăvirii, faţă de persoane apropiate din familie. Se întâlneşte în schizofrenii, parafrenii, delirul de gelozie şi rar în paranoia.

Ambivalenţa afectivă constă în trăirea simultană a doua sentimente antagoniste (dragoste-ură, dorinţă-teamă) într-un amestec indestructibil. Se întâlneşte în schizofrenie şi uneori în tulburările involutive.

Fobiile

Fobia este frica specifică, intensă declanşată de un obiect sau o situaţie, care nu au prin ele însele un caracter periculos, cu caracter iraţional recunoscut ca atare şi care nu poate fi controlat volitiv. Proiecţii ale anxietăţii, fobiile pot invada oricare din

obiectele şi situaţiile realităţii de care experienţa individuala se leagă într-un mod oarecare.

Astfel, după Mallet relicvele fricilor din prima copilărie sunt fobiile de animale mari, iar cele din a doua copilărie – de animale mici şi insecte.

Dacă în cazul anxietăţii, teamă nu avea obiect, în fobie ea capătă caracter specific (formă, nume, localizare).

Considerăm clasificarea lor în cadrul tulburărilor de afectivitate ca pertinentă şi corespunzătoare conţinutului psihopatologic dominant.

Fobiile au fost denumite cu echivalente greceşti (Pitres şi Regis). O încercare de sistematizare după conţinutul lor este cel puţin temerară ca orice încercare de sistematizare a lumii reale ca întreg.

Le vom nota pe cele mai frecvente: de locuri, spaţiu, de contacte interumane, de animale, de boli.

La această clasificare putem adăuga pantofobia care desemnează o teamă difuză provocată de orice obiect

sau eveniment, întâlnită în nevroza anxioasă şi în delirurile alcoolice acute şi subacute.

Fobiile pot fi considerate normale la copii dacă rămân discrete, la debilii mintali (nu au aceeaşi semnificaţie) dar devin patologice în: nevroza fobică, la personalitatea psihastenică decompensată, în psihoze depresive, debutul schizofreniilor şi în bolile psihice ale involuţiei.

Conduitele de evitare sunt comportamente menite să asigure evitarea situaţiei fobice de către subiect, deoarece acestea îi provoacă trăirile anxioase neplăcute. Menţionăm totuşi că aceste conduite de evitare au un caracter limitat, bazându-se numai pe posibilitatea anticipativă a subiectului în legătură cu situaţia fobogenă.

Extazul

Este o stare paroxistică de bucurie intensă, în timpul căreia subiectul rupe comunicarea cu mediul, însoţită de o pantomimică exprimând această trăire inaccesibilă celorlalţi. Se întâlneşte în isterie, oligofrenie, deliruri cronice cu tematică mistică, schizofrenie, epilepsie. Este necesar a nu fi etichetat greşit extazul psihogen-reacţia de bucurie la o mare reuşită care de asemenea rupe comunicarea cu mediul întocmai ca o secusă.

Instinctele

Instinctele sunt complexe de însuşiri înnăscute şi moştenite ereditar, corespunzând trebuinţelor biologice ale individului şi determinând comportamente specifice, pe bază nerurofiziologică complexă şi prestabilită. Ele au drept proprietate fundamentală păstrarea însuşirilor specifice speciei, păstrarea integrităţii structurale şi funcţionale a individului. La om, comportamentul instinctual suferă o diferenţiere calitativă, fiind pus sub controlul proceselor voliţionale şi în acord cu convenienţele sociale.

TULBURĂRILE COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR

Comportamentul alimentar corespunde satisfacerii cererii energetice a organismului, fiind reglat de centrii hipotalamici integraţi la nivelul rinencefalului, substanţei reticulate şi în final, al cortexului, al cărui rol se referă la aspectele mai elaborate ale acestuia. În aparenţă simplu, comportamentul alimentar „este instrumentul original şi primar

152 O abordare modernă a psihologiei medicale al însoţirii dintre om şi natură, este prima sa relaţie vitală” (Tremolieres), de aceea tulburările sale au întotdeauna semnificaţie psihopatologică.

Exagerarea instinctului alimentar

Bulimia este o exagerare a nevoii de hrană, în care foamea nu poate fi satisfăcută. Se întâlneşte în stările de excitaţie maniacală, stări anxioase, depresii, tumori dience-falice.

Polifagia este o creştere a apetitului, însoţită de ingerarea unor materii nealimentare, având aspectul unei lăcomii excesive (voracitate). Se întâlneşte în întârzierile mintale grave, dementele de toate tipurile, unele schizofrenii şi rar în tulburările severe de personalitate.

Potomania este o exagerare a cantităţii de lichide ingerate, în absenţa unei cauze organice (diabet insipid, diabet zaharat). Se întâlneşte în tulburări de personalitate de tip isteric, border-line.

Dipsomania constă în nevoia imperioasă de a consuma alcool, care apare cu caracter periodic. Bolnavul poate să nu fie un alcoolic, iar de multe ori este chiar abstinent (Bleuler) în intervalele dintre accesele dipsomanice.

Anorexia

Este o scădere până la absenţă a apetitului alimentar însoţită de reducerea cantităţii de alimente pe care subiectul le ingeră. Poate apare într-o serie de circumstanţe în care are semnificaţii deosebite:

Anorexia mintală (esenţială, a tinerelor fete) a fost

descrisă în 1 873 de către Lasegue şi se caracterizează prin lipsa apetitului, scădere ponderală şi o stare psihică particulară. Condiţiile deosebite în care aceasta apare – tinere de 15 – 18 ani care-şi minimalizează slăbirea, păstrându-şi prin contrast activitatea normală adesea chiar amplificându-şi-o. Sugerează un refuz inconştient în acceptarea unui nou statut psihosomatic, o teamă de propria feminitate. Se întâlneşte la adolescente cu tulburări particulare de personalitate (isterice, obsesionale sau schizoide), uneori însă poate fi posibilă poartă de intrare într-o psihoză schizofrenică.

Bulimia-anorexie este o tulburare a comportamentului alimentar caracterizată prin accese incoercibile de foame excesivă cu ingerarea unor mari cantităţi de hrană urmată de vomismente provocate. Subiectul face repetate tentative de slăbire prin regim sau diferite medicamente. Alternanţa de episoade bulimie-anorexie a fost numită de unii autori *bulimiarexie*. Cadrul nosologic al acestei tulburări este greu de definit.

Anorexiile nevrotice sunt scăderi ale apetitului a căror semnificaţie reiese numai din context. Astfel, în isterie, scăderea ponderală este a conduitei restrictive la care se supune subiectul, în comparaţie cu „excesele" celorlalţi; în hipocondrie, este însoţită de plângeri hipocondriace şi o selectivitate „medical-ştiinţifică" în alegerea sau în respingerea alimentelor; în stările anxioase, neliniştea poate pur şi simplu împiedica subiectul să se alimenteze, în stările fobice şi obsesive, unde fobia de îngrăşare este însoţită de o luptă anxioasă permanentă (lungi perioade restrictive întretăiate de excese bulimi-ce culpabilizatoare), în stările depresive putându-se ajunge până la refuz alimentar.

CAPITOLUL 8
DE LA PSIHOSOMATICĂ
LA SOMATIZARE
O VIZIUNE INTEGRATIVĂ ÎN MEDICINĂ

Omul sănătos îşi trăieşte corpul fără să se gândească la el.

Karl Jaspers

Definiţii şi cadru conceptual

Somatizarea între psihanaliză şi neurobiologie

Somatizare şi medicină psihosomatică

Grupa tulburări somatoforme în DSM – IV

Tulburări somatoforme şi normativitate

Afectivitatea negativă şi somatizarea

Somatizare şi conştiinţă

Somatizarea – un comportament în faţa bolii

Genetică şi somatizare

Somatizare şi personalitate

Posibile modele ale somatizării

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic

Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinţei

Somatizarea ca tendinţă de a apela la îngrijiri medicale

Somatizarea ca o consecinţă a suprautilizării asistenţei medicale Etiologie şi ontologie în somatizare

Fiziologie şi psihiatrie în determinarea simptomelor funcţionale Factorii psihosociali şi somatizarea Comorbiditate şi somatizare Nosografie şi somatizare Antropologie şi somatizare

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienţilor că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoţionale sau psihosociale demonstrabile, rămâne în afara unei posibilităţi de definire clare. Disconfortul somatic nu îşi are explicaţie sau are una parţială, în ciuda convingerii cvasiu

154 O abordare modernă a psihologiei medicale nanime a pacientului ca suferinţele lui îşi au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical şi care îi determină incapacitatea şi handicapul (Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990).

Manualul DSM-IV (1994) subliniază că trăsătura comună a tulburărilor somato-forme este prezenţa simptomelor fizice, care sugerează o afecţiune aparţinând medicinii interne, dar care nu poate fi pe deplin explicată de o situaţie aparţinând medicinii generale, de efectele directe ale unei substanţe sau de altă tulburare mintală (cum ar fi atacurile de panică). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă şi de simptomele psihice consecutive unei afecţiuni medicale prin aceea că nu există nicio situaţie medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. Cei mai mulţi autori afirmă că acest concept, care grupează situaţii diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună a unui număr mare de probleme medicale (Ford, 1983). În mod cu totul paradoxal somatizarea este o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcţionale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă şi incapacitate socială. Tot în sfera sănătăţii publice intră şi faptul că pacienţii cu simptome somatice neexplicate, recurente, sunt adesea investigaţi *in extenso*, spitalizaţi, supuşi unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împleteşte cu metode recuperatorii costisitoare şi care creează boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ŞI NEUROBIOLOGIE

Problema somatizării i-a determinat cu mai bine de un secol în urmă pe Freud şi Breuer să dezvolte conceptele de inconştient, conflict, apărare şi rezistenţă.

În epoca victoriană, simptomele somatice neexplicabile erau considerate semne exterioare ale unor tulburări psihologice subiacente (bazale). Insistenţa

permanentă a pacienţilor, care cereau recunoaşterea naturii somatice a simptomelor lor, a fost considerată un mecanism de apărare împotriva cauzelor psihice care stau de fapt la originea lor. Psihanaliza, ca şi restul psihiatriei, au mutat în cele din urmă accentul pe tulburările psihiatrice presupuse a determina isteria şi somatizarea. Deşi în următoarea sută de ani au intervenit schimbări dramatice în înţelegerea mecanismelor şi a tratamentului bolilor mintale, înţelegerea procesului de somatizare a făcut doar paşi minori faţă de nivelul atins în secolul trecut. Mai mult, pacienţii cu tulburări de somatizare păstrează aceeaşi reticenţă, scepticism şi sentimente de frustrare faţă de explicaţiile psihologice care li se dau.

Încercarea medicului de înţelegere a simptomelor somatice neexplicate ca manifestări ale conflictelor inconştiente, ale modelelor comportamentale sau disfuncţionalităţilor familiale, se loveşte din partea pacientului de sentimentul că nu este înţeles ca şi în cazul în care aceste tulburări corporale sunt puse pe seama perturbării neuro-transmiţătorilor (G.E. Simon, 1993). Ca şi în vremea încercărilor lui Freud de a explica isteria, pacienţii actuali cu simptome somatice neexplicate, privesc eforturile clinice şi ştiinţifice drept nefolositoare, iar publicaţiile unor organizaţii de suport ale bolnavilor

— Tulburările de conversie implică simptome inexplicabile sau deficite care afectează motricitatea voluntară sau funcţia senzorială sau sugerând o situaţie neurologică sau alte situaţie de medicină generală. Factorii psihologici se apreciază că sunt asociaţi cu simptomele sau deficitele;

— Tulburările durerii (tulburări somatoforme de tip algic) sunt caracterizate prin dureri care focalizează predominant atenţia clinică. În plus, factorii psihologici sunt apreciaţi ca având un rol important în instalarea

tulburării, severităţii, agravării sau menţinerii ei;

— Hipocondria este preocuparea privind teama de a avea o boală gravă, bazată pe greşita interpretare a simptomelor corporale sau a funcţiilor corporale;

— Tulburarea dismorfofobică este preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.

TULBURĂRI SOMATOFORME ŞI NORMATIVITATE

Chiar dacă s-au făcut eforturi de definire nenormativă a tulburărilor somatoforme, conceptele somatizării rămân sub semnul normativităţii, astfel hipocondria va fi teama disproporţionată de boală, dar aceasta după standardele sociale ale unui loc sau altuia. Valori ca stoicismul, autocontrolul, ingenuitatea, negarea, joacă un rol evident. Acelaşi lucru este valabil şi în ceea ce priveşte dismorfofobia. Un luptător sumo este cu totul altceva, ca termen de referinţă socio-culturală, decât topmodelele societăţii occidentale.

Judecarea clinică a faptului că un pacient somatizează sau nu, este de asemenea deschisă unei largi categorii de factori sociali fără nicio legătură evidentă cu boala, între care se înscriu interferenţele legate de atitudinea şi concepţia medicală şi a instituţiilor de asistenţă. În sfârşit, numeroase studii se referă la conceperea somatizării ca un comportament faţă de boală direcţionat spre exterior, către procese interpersonale şi factori structurali sociali. O serie de cercetători în domeniul antropologiei medicale au evidenţiat într-o manieră clară modurile în care limbajul (idiomul) corporal de suferinţă serveşte drept mijloc simbolic atât în reglarea unor situaţii sociale cât şi ca protest sau contestaţie (Scherper-Huyges şi Lock, 1987).

AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ŞI SOMATIZAREA

Un mare număr de lucrări au fost consacrate bazelor dispoziţionale ale somatizării şi rolului afectivităţii negative. Cercetările lui Costa şi McCraie (1987) şi Watson şi Pennebaker (1989), au fost centrate

pe o stare sufletească considerată de autor ca „afectivitate negativă” (A.N.). Subiecţii cu A.N. au nivel înalt de disconfort şi insatisfacţie, sunt introspectivi, stăruie asupra eşecurilor şi greşelilor lor, tind să fie negativişti, concentrându-se asupra aspectelor negative ale celorlalţi şi ale lor. Afectivitatea negativă are trăsături similare cu alte tipologii dispoziţionale cum ar fi nevroticismul, anxietatea, pesimismul, maladaptivitatea.

Afectivitatea pozitivă ar fi contrariul celei negative, asociată cu extraversia, nivelul energetic crescut, nivelul de activitate superior. O serie de scale pot evalua afectivitatea negativă: scala de emotivitate negativă (*Negative Emotionality Scale – NEM*), din ches De la psihosomatică la somatizare 157

tionarul de personalitate Tellegen (*Tellegens Multiple Personality Questionnaire*), scala N.A. din scalele de afectivitate pozitivă şi negativă (*Positive and Negative Affectivity Scales – PANAS*). Cercetări foarte recente arată că indivizii cu afectivitate negativă intensă par să fie hipervigilenţi în privinţa propriului corp şi au un prag redus în ceea ce priveşte sesizarea şi raportarea senzaţiilor somatice discrete. Viziunea pesimistă asupra lumii îi face să fie mai îngrijoraţi în privinţa implicaţiilor situaţiilor percepute şi par să aibă un risc mai mare de somatizare şi hipocondrie. Aceşti indivizi sunt mai predispuşi să raporteze simptome în cursul tuturor situaţiilor şi de-a lungul unor îndelungate perioade de timp, stresorii situaţional trecători influenţând doar în mică măsură această trăsătură stabilă de personalitate. Afectivitatea negativă este una din problemele care influenţează negativ atât aprecierea asupra relatării simptomelor, cât şi studiie clinice şi de cercetare. După mulţi cercetători, evaluarea ei ar trebui sistematic făcută în cazul bolilor de somatizare.

Mai mult, studii recente sugerează că tendinţa de a relata simptome şi afectivitatea negativă sunt ereditare.

Studiile lui Tellegen şi colab.de la Universitatea din

Minessota au arătat că în 55% din cazuri trăsăturile afectivităţii negative pot fi atribuite factorilor genetici şi numai în *2*% din cazuri mediului familial comun.

SOMATIZARE ŞI CONŞTIINŢĂ

O altă coordonată a tulburărilor somatoforme este cea legată de modul în care sunt conştientizate şi relatate simptomele somatice. Desigur că răspunsul La întrebarea dacă simptomele somatice nu au o corelare net fiziologică – atunci cum pot ele să apară, este pe cât de dificil pe atât de complex. O serie de autori (James Pennebaker, D. Watson, J. Robbins, JJ. Gibson, Katkin, Whitehead şi Drescher) au căutat să evidenţieze procesele psihologice care influenţează conştientizarea şi raportarea simptomelor somatice, precum şi modul în care îmbunătăţirea cunoaşterii modului de relatare a simptomelor poate influenţa orientările viitoare. Cu toate că pacienţii cu tulburări de somatizare relatează simptome fără o bază biologică clară, opinia aproape unanimă privind aceste relatări afirmă realitatea lor subiectivă, adică indivizii care acuză simptome şi senzaţii trăiesc în mod subiectiv o activitate somatică semnificativ tulburată (Robbins şi Kyrmayer, 1986; Lipowsky, 1988). Cercetările privind semnalele subliminale ale propriului corp şi felul în care un simptom devine relevant şi interpretabil în sensul bolii de către individ au fost începute încă din laboratoarele lui W. Wundt şi G. Fechner. O serie de cercetări moderne asupra psihologiei perceptuale au pus în discuţie factori ca mediul exterior şi tensiunea afectivă (Gibson, 1979), competiţia stimulilor senzoriali pentru câştigarea atenţiei (Pennebaker, 1982; Duval şi Vicklund, 1992), căutarea selectivă a informaţiei (Neisser, 1976). Vom ilustra doar câteva dintre acestea; astfel, în ceea ce priveşte rolul atenţiei, experimentele demonstrează că indivizii acuză grade mai înalte de oboseală, palpitaţii şi chiar intensificare a tusei în situaţii plictisitoare şi monotone faţă de cele stimulatoare (Filingin şi Fine,

1986; Pennebaker, 1980). Studii epidemiologice arată faptul că raportarea unor simptome somatoforme este mai frecventă la indivizii singuratici, din mediul rural, care lucrează în instituţii

158 O abordare modernă a psihologiei medicale nepretenţioase sau nestimulative (Wan, 1976; Moos şi Vandort, 1977). Căutarea selectivă a informaţiei este direcţionată de convingeri sau construcţii mintale care orientează modul în care informaţia este căutată şi în final găsită. Convingerile legate de sănătate sunt strâns corelate cu modul în care indivizii se preocupă şi îşi interpretează senzaţiile corporale (Pennebaker, Skehon, Watson, 1988). Importanţa convingerilor despre sănătate şi a schemelor de căutare selectivă este bine ilustrată de „boala studentului medicinist" (Woods şi colab., 1978) şi psihozele în masă (Colligan şi colab., 1982).

SOMATIZAREA – UN COMPORTAMENT ÎN FAŢA BOLII

Somatizarea nu se referă doar la simptome sau la sindroame precis definite, asupra cărora vom reveni, ci şi la un anumit comportament faţă de boală. Acest termen de *„comportament de boală"* (*„illness behaviour"*) a fost introdus de David Mechanic în 1962 şi se referă la căile prin care simptome date pot fi diferit percepute, evaluate, şi permit sau nu, să se acţioneze asupra lor. Acest concept a fost extins la situaţiile clinice problematice de către Pilowsky (1969, 1990), care a numit somatizarea, exagerarea sau negarea bolii drept „comportament anormal faţă de boală" (1978). Mayer aduce obiecţia că în definiţia iniţială conceptul era descriptiv şi deci nenormativ (1989). El se întreabă care sunt acele norme stabile care să justifice decizia că gândurile sau acţiunile unui pacient sunt anormale. Alţi autori subliniază că etichetând drept anormal comportamentul unui pacient, factorii contextului social vor fi ignoraţi sau mult estompaţi (interacţiunea doctor-pacient, exigenţele sistemelor de asigurări pentru

sănătate etc.). O serie de încercări au rost făcute pentru a diminua riscul unei definiri arbitrare a comportamentului anormal faţă de boală, mai ales cu ajutorul chestionarelor de răspuns individual şi interviurilor normate (Turket şi Pettygrew, 1983; Costa şi McCraie, 1985; Zonderman şi colab., 1985; Kellner, 1987).

Relatarea simptomelor poate fi exagerată sau diminuată prin recompense sau pedepse, prin orice formă de beneficiu primar sau secundar (Mechanic, 1978).

Diferenţe semnificative în ceea ce priveşte remarcarea, definirea şi reacţia faţă de simptome sunt legate de sexul individului. Femeile sunt mai sensibile la stimulii mediului extern, iar bărbaţii la cei fiziologici interni în definirea propriilor simptome. Astfel, studii de laborator şi de teren riguroase arată că bărbaţii sunt mult mai capabili să detecteze ritmul inimii, activitatea stomacului, tensiunea arterială şi chiar glicemia. Majoritatea autorilor sunt de acord că bărbaţii şi femeile utilizează strategii diferite. Femeile sunt foarte sensibile la problemele situaţionale, iar modelul lor de raportare a simptomelor reflectă conjuncturile pe care le percep ca stresante. Repetarea simptomelor va tinde să reflecte fluctuaţiile situaţionale. Bărbaţii în schimb, tind să ignore situaţiile şi să se concentreze asupra problemelor lor fiziologice. Important este că, diferenţele dintre sexe în ceea ce priveşte baza perceptuală a raportării simptomelor este identică cu a indivizilor sănătoşi.

GENETICĂ ŞI SOMATIZARE

Argumentele genetice sunt legate atât de presupunerea comună în privinţa bazelor fenotipice ale funcţiilor fiziologice, cât şi în descoperiri recente în ceea ce priveşte

moştenirea tipului emoţional şi perceptual. Sesizarea şi raportarea simptomelor somatice depinde

de modul de prelucrare zonală a informaţiei în creier. Abilitatea de raportare a simptomelor depinde la rândul ei după Luna (1980) de buna funcţionare a centrilor limbajului în lobii temporali şi parietali. Structura şi funcţionalitatea sistemului nervos central este determinată genetic atât la nivelul structurilor corticale a activităţii neurotransmiţătorilor, a activităţii electroencefalografice şi a sistemului nervos autonom. Comparaţiile făcute între gemenii mono şi dizigoţi conduc la concluzia că „hardware-ul biologic" al creierului are o evidentă bază ereditară.

Barsky şi Kellerman (1983) aduc argumente privind hipervigilenţa, atenţia selectivă şi tendinţa de a privi senzaţiile somatice ca fatale, în generarea şi amplificarea simptomelor. J. Gray (1982) relevă importanţa centrilor inhibitori din creier (din zona septumului şi hipocampului) în influenţarea diferenţelor individuale în ceea ce priveşte afectivitatea negativă. Autorul consideră că indivizii pe care el îi numeşte cu „trăsături anxioase" (cu afectivitate negativă) au aceşti centri inhibitori hiperactivi, ceea ce le determină caracterul hipervigilent. Aceasta afectează probabil raportarea simptomelor atât prin nivele înalte de afectivitate negative, cât şi printr-o hiperatenţie privitoare la propriul corp. Orientarea cercetărilor viitoare asupra raporturilor dintre comportamentul legat de boala trăsăturilor de personalitate cu afectivitate predominant negativă şi tulburările de somatizare, vor clarifica probabil zona confuză care mai există prin suprapunerea unor descrieri comune şi prin imposibilitatea stabilirii unor raporturi de precesiune. Clarificarea unor constante genetice ar fi de asemenea utilă în descrierea simptomatologică.

SOMATIZARE ŞI PERSONALITATE

Studii corelative s-au făcut nu doar la nivelul unor trăsături de personalitate, ci şi asupra asocierii dintre tulburările de somatizare cu alte tulburări psihiatrice.

Cum era şi de aşteptat, multe studii arată o relaţie strânsă între somatizare şi depresie.

Dintre tulburările personalităţii, cele mai frecvent implicate sunt tulburarea histrionică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea dependentă.

O serie de studii făcute în anul 1988 demonstrează că somatizarea este mai puternic asociată cu antecedentele de depresie ale individului decât cu diagnosticul curent de depresie (Cornier şi colab; Sullivan şi colab; Walter şi colab.). Alte studii au demonstrat asocieri asemănătoare cu tulburările de anxietate, dar nu există studii care să includă suficienţi subiecţi pentru a putea trage concluzii privitoare la diagnosticele psihiatrice mai rare.

POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII

Diverse corelaţii au făcut obiectul stabilirii unor posibile modele de relaţie care nu se exclud reciproc şi care propun ipoteze cauzale.

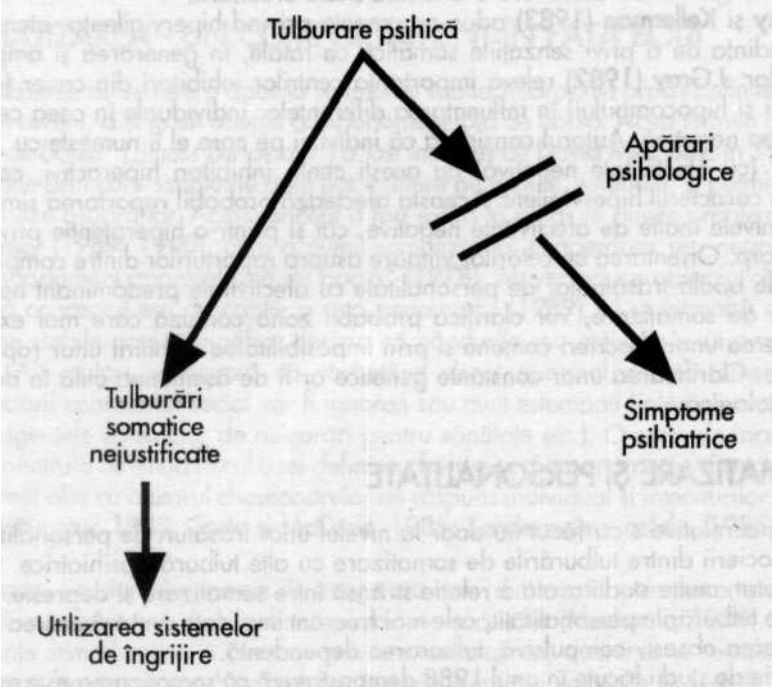
Dintre aceste modele le vom discuta pe următoarele:

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic – corespunde unui model tradiţional care consideră raportarea simptomelor somatice şi recurgerea la asistenţă

160 O abordare modernă a psihologiei medicale medicală nonpsihiatrică drept rezultat al prezentării modificate a unor tulburări psihice. Deci somatizarea ar fi o expresie „mascată” a bolii psihice.

SOMATIZAREA CA PREZENTARE MASCATĂ A BOLILOR PSIHIATRICE



Acest model îşi are sorgintea în noţiunile de început ale psihanalizei care considerau simptomele isteriei ca versiuni puternic modificate sau transformate ale unor impulsuri inconştiente interzise. Astfel, simptomele somatice aveau funcţie de apărare, permiţând o anumită exprimare a suferinţei şi ţinând în acelaşi timp în afara câmpului conştiinţei dorinţele inacceptabile. Versiunea modernă a acestei abordări consideră că simptomele somatice funcţionează ca mecanisme de apărare servind drept expresie a suferinţei pentru a permite depresiei sau anxietăţii subiacente să rămână în afara conştiinţei. Se spune adesea că aceşti pacienţi îşi exprimă suferinţa psihologică preferenţial prin „canale" fizice (Katon, 1982). Nemiah şi Sifenos au dezvoltat chiar conceptul de alexitimie pentru a descrie grupuri de pacienţi care par „să nu aibă cuvinte pentru exprimarea sentimentelor" (1977). Totuşi, numeroase studii sugerează că simptomele somatice şi cele psihogene nu sunt canale alternative pentru exprimarea suferinţei, ci canale

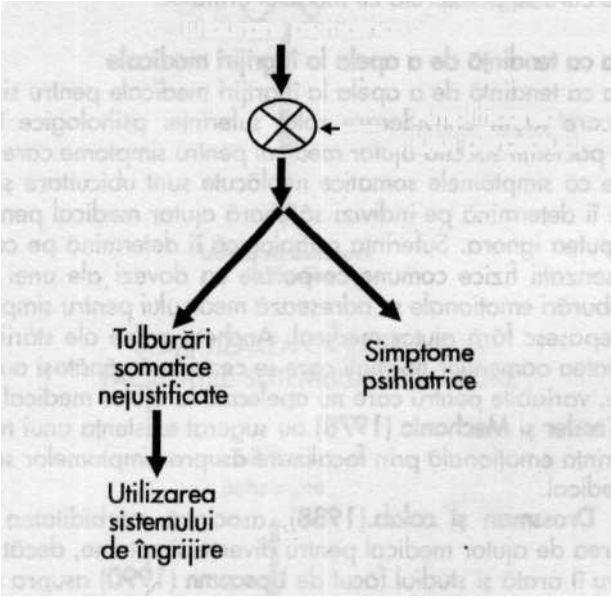
paralele care apar împreună (Clancy şi Noyes, 1976; Costa şi McCrae, 1980, 1985; Sherii şi colab., 1988; G.E. Simon şi W. Katon, 1989; F. Tudose şi M. Iorgulescu, 1994).

De la psihosomatică la somatizare

Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinţei

Acest model este legat de stilul perceptual presupunând că pacienţii tind să perceapă şi să raporteze nivele înalte din toate tipurile de simptome. Această tendinţă de a trăi stări emoţionale neplăcute a fost descrisă de Watson şi alţii (1984, 1985) drept afectivitate negativă. Studii făcute pe voluntari sănătoşi au arătat o rată înaltă a raportării de simptome la cei cu stări de afectivitate negativă.

SOMATIZAREA CA AMPLIFICARE A STILULUI PERCEPTUAL



Tulburare psihiatrică

Amplificarea stilului perceptual

Investigaţiile făcute de Balint (1957) asupra disconfortului emoţional în clinicile de asistenţă medicală primară au condus la concluzii similare: el a

descris termenul de „efect bazal” care ar determina la pacienţi trăirea unui disconfort generalizat sau nespecific şi prezentarea la medic atât pentru simptome somatice, cât şi emoţionale. Aceste ipoteze consideră mecanismele de amplificare somato-senzorială ca trăsături stabile de personalitate care ar influenţa prelucrarea tuturor stimulilor senzoriali, iar în consecinţă somatizarea ar rezulta din acest stil de amplificare somatică, mai degrabă decât dintr-un diagnostic psihiatric specific. Bazându-se pe o serie de lucrări ale anilor ’70 (Byrne, 1964; Bushaum şi Silverman, 1968; Raine şi colab., 1971; Hauback şi Revelle, 1978), colectivul condus de Barsky (1988) elaborează conceptul de „amplificare somato-senzitivă” pentru a explica procesul prin care suferinţa psihologică duce la sensibilitatea manifestată prin simptome somatice. Simptomele sunt considerate ca

162 O abordare modernă a psihologiei medicale începând cu senzaţia periferică care conduce la o elaborare corticală sau componenta reactivă care, la rândul ei, poate amplifica sau reduce senzaţia iniţială. Stări psihologice negative afectează acest sistem crescând excitabilitatea şi vigilenţa, scăzând pragul perceperii şi raportării senzaţiilor fizice. Prin această concentrare selectivă pe senzaţiile nocive, disconfortul nespecific se canalizează în simptome somatice. O variantă a ipotezei amplificării consideră somatizarea ca o consecinţă a anormalităţilor din neuropsihologia prelucrării informaţiilor. Studiind diferite răspunsuri fiziologice la stimulare sau nivelele diferiţilor metaboliţi ai neurotransmiţătorilor, aceşti cercetători leagă fenomenele de somatizare de anomalii sau tulburări biologice şi biochimice. Modelul conform căruia pacienţii cu somatizare amplifică atât suferinţa psihică, cât şi pe cea psihologică, implică ipoteze privind consecinţele clinice şi semnificaţia diagnostică a acestor simptome care se pot corela cu modelul următor.

Somatizarea ca tendinţă de a apela la îngrijiri medicale

Somatizarea ca tendinţă de a apela la îngrijiri medicale pentru simptome comune este un model care ia în considerare rolul suferinţei psihologice în determinarea cazurilor în care pacienţii solicită ajutor medical pentru simptome care preexistă. Acest model presupune că simptomele somatice neplăcute sunt ubicuitare şi că doar stările afective negative îi determină pe indivizi să ceară ajutor medical pentru simptome pe care altfel le-ar putea ignora. Suferinţa psihologică îi determină pe cei cu somatizare să interpreteze senzaţii fizice comune corporale ca dovezi ale unei boli (Mechanic, 1982). Cei cu tulburări emoţionale se adresează medicului pentru simptome comune pe care ceilalţi le depăşesc fără ajutor medical. Anchete active ale stării de sănătate au arătat că majoritatea oamenilor normali care se consideră sănătoşi au în mod frecvent simptome uşoare, variabile pentru care nu apelează la ajutor medical.

Studiile lui Tessler şi Mechanic (1978) au sugerat existenţa unui mod dobândit de adaptare la suferinţa emoţională prin focalizare asupra simptomelor somatice şi recurgere la ajutor medical.

Mai recent, Drossman şi colab. (1988), asociază morbiditatea psihiatrică mai degrabă cu cererea de ajutor medical pentru diverse simptome, decât cu simptomul în sine. Acelaşi lucru îl arată şi studiul făcut de Lipscomn (1990) asupra sindromului premenstrual, constatând că morbiditatea psihiatrică este mai puternic legată de decizia de a apela la asistenţa medicală, decât de prezenţa simptomelor în sine.

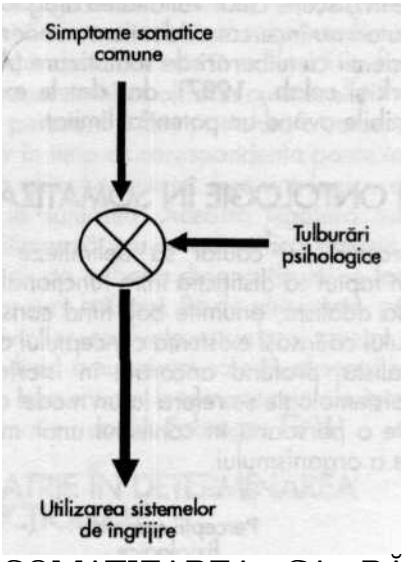
Somatizarea ca o consecinţă a suprautilizării asistenţei medicale

Somatizarea ca o consecinţă a utilizării asistenţei medicale. Este un model care consideră somatizarea ca răspuns La stimularea realizată de sistemul de asistenţă

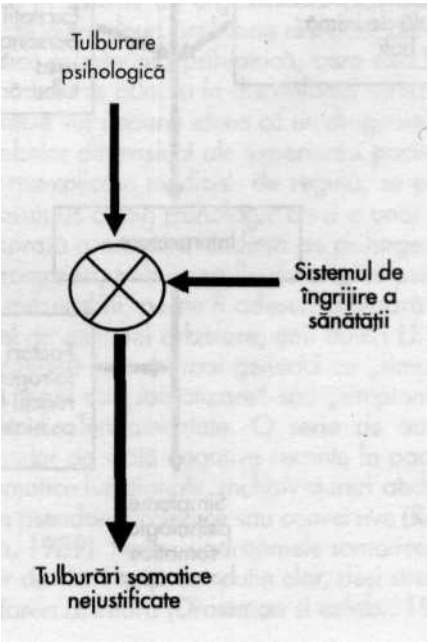
medicală. El consideră utilizarea serviciilor medicale mai degrabă o cauză a raportării simptomelor decât o consecinţă a acestora. Această ipoteză accentuează asupra tendinţei factorului cultural şi a corpului medical de a întări comportamentul de boală şi raportarea simptomelor. Cu cât sistemul de îngrijire medicală şi instituţiile medicale au în vedere în special simptomele corporale, somatizarea iatrogenică are şanse deosebite de a se afirma. Exemplul somatizării frecvente printre studenţii medicinişti ilustrează modul în care expunerea la sistemul de îngrijire medicală determină creşterea raportării suferinţelor somatice.

De la psihosomatică la somatizare

SOMATIZAREA CA TENDINŢĂ DE ÎNGRIJIRE EXAGERATĂ A UNOR SIMPTOME COMUNE



SOMATIZAREA CA RĂSPUNS LA FACILITĂŢILE SISTEMULUI DE ÎNGRIJIRE



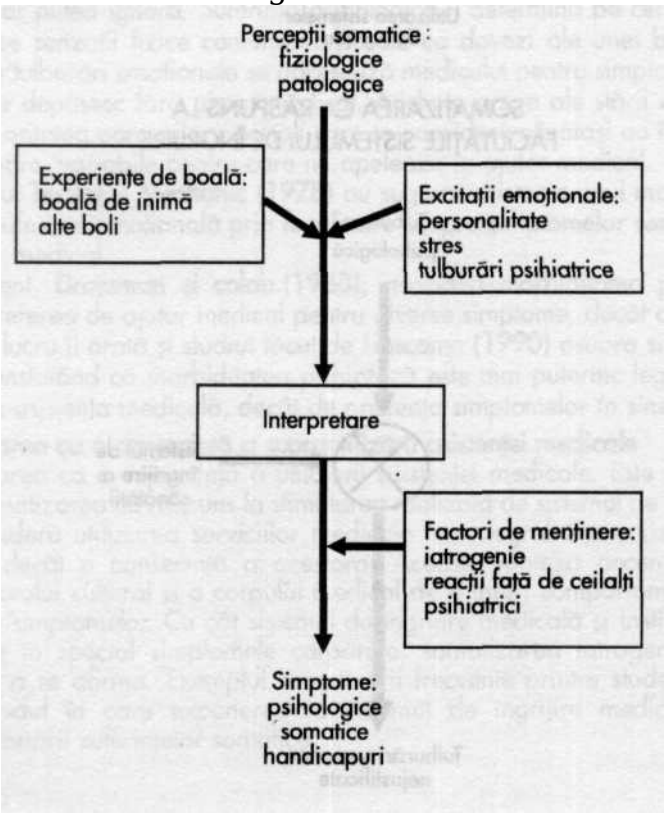
O abordare modernă a psihologiei medicale

Trecerea în revistă a modelelor arată ca tulburările psihice pot avea roluri extrem de variate în geneza simptomelor somatice neexplicate. Tranziţia se face de la modelul tradiţional al somatizării ca prezentare atipică a tulburării psihice până la modelul amplificării care pune în discuţie chiar validitatea diagnosticelor psihiatrice tradiţionale. În sfârşit, o serie de autori au încercat evidenţierea unor markeri biologici ai tulburărilor psihiatrice printre pacienţii cu tulburări de somatizare (Akiskal şi colab., 1982; Rabkin şi colab., 1983; Taerk şi colab., 1987), dar datele existente nu conduc la concluzii clare, tehnicile disponibile având un potenţial limitat.

ETIOLOGIE ŞI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE

O serie de cercetări au căutat să delimiteze etiologii aşa-ziselor tulburări funcţionale. Subliniem faptul că distincţia între funcţional şi organic îşi are rădăcinile în ontologia biomedicală dualistă, anumite boli fiind considerate mai reale decât altele, aceasta datorită faptului că însăşi existenţa conceptului de somatizare îşi

are rădăcinile în epistemologia dualistă, profund ancorată în istoria teoriei şi practicii medicinii europene. Această epistemologie se referă la un model de boală care stabileşte cum ar trebui să se comporte o persoană în contextul unor modificări specifice măsurabile, care ţin de o afectare a organismului.



Acest model include durerea, suferinţa fizică, disfuncţii fiziologice, precum şi grade şi forme adecvate de nelinişte, modele de funcţionare socială şi de solicitare a ajutorului medical. Acest model normativ al suferinţei permite aprecierea răspunsului unei persoane la modificări fizio-patologice sau anatomopatologice, dar şi aducerea în discuţie a conceptului de somatizare atunci când răspunsurile deviază de la normele culturale acceptate. Deci această abordare este în acelaşi timp

funcţională şi ontologică (aceasta însemnând că bolile sunt ca nişte obiecte cu o evoluţie distinctă sau cu o istorie naturală independentă de persoană). Este postulată o corespondenţă între suferinţă şi boală (Jennings, 1986), dar în timp ce corespondenţa poate însemna doar corelaţie, deci nu o determinare sau o direcţionalitate, frecvent logica medicală presupune o direcţionalitate: boala duce la suferinţă. Această legătură suferinţă-boală poate fi observată atunci când se legitimează sau se autentifică statusul de incapacitate, aplicarea sistemului de verificare ce stă la baza diagnosticului se face strict, admiţându-se implicit că anumiţi suferinzi nu sunt bolnavi. Pe de altă parte, pentru a menţine autenticitatea şi credibilitatea indivizilor ca fiinţe sociale şi pentru a se ieşi din dilema afirmării continue de către individ a suferinţei sale în absenţa bolii, psihologia de tip occidental a găsit explicaţii în termeni ca: fenomene mintale inconştiente, mediere psihosomatică şi, mai recent, somatizarea (H. Fabrega, 1991).

FIZIOLOGIE ŞI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCŢIONALE

Argumentul că tulburările funcţionale sunt legate de alterări fiziologice prea complexe sau prea subtile pentru a fi reflectate în defecte structurale evidente şi, distincţia dintre nivelele de proces şi structură, pot conduce la ideea că tulburările funcţionale implică procese anormale, care au loc în sisteme de organe ce-şi păstrează intactă structura. Clinicianul va fi pus în faţa a cel puţin două probleme distincte: disfuncţia fiziologică ce dă naştere simptomelor somatice şi suferinţa psihiatrică, care exacerbează simptomele slăbind capacitatea pacientului de a se adapta la disconfortul somatic şi determinându-l să ceară ajutor. Aceste două faţete vor impune ideea că un diagnostic şi un tratament eficient va implica abordarea ambelor dimensiuni ale experienţei pacientului.

În etiologia simptomelor neexplicate medical, de regulă, se presupune asocierea unor stresori specifici, unui presupus câştig psihologic ca şi a unor factori psihosociali. De asemenea, nu poate fi ignorată o anumită tendinţă de psihogenizare prin excludere: „dacă nu este de origine somatică, trebuie să fie de origine psihologică", care evident, în lipsa unor parametri măsurabili, poate fi adesea arbitrară.

Pentru evitarea unor astfel de atitudini arbitrare, unii autori (J. Escobar, M. Rubio-Stipec, M. Swariz, P. Manu) preferă termeni mai generici ca „simptome fizice neexplicate medical" în locul unor termeni ca „somatizare" sau „simptome somatoforme" pe care le consideră încă insuficient fundamentate. O serie de autori au semnalat o frecvenţă crescută a evenimentelor de viaţă negative recente la pacienţii ce se prezintă cu o varietate de simptome somatice funcţionale, inclusiv dureri abdominale, dureri precordiale necardiace, simptome pseudoneurologice sau conversive (Roll şi Theorell, 1987; Creed şi colab., 1988; Mayon, 1989). Pentru sindroamele somatice funcţionale cronice, rolul etiologic al evenimentelor de viaţă este mai puţin clar, deşi stresurile sociale suportate par să contribuie la instalarea acestora (Drossman şi colab., 1988; Jensen, 1988).

FACTORII PSIHOSOCIALI ŞI SOMATIZAREA

Statutul socio-economic scăzut este considerat ca responsabil pentru creşterea probabilităţii ca suferinţa să fie percepută mai degrabă ca o boală corporală decât ca o tulburare emoţională (Crandell şi Dohrenwend, 1967 – 1968). Diferenţele transculturale ale somatizării au fost de asemenea explicate prin factori cognitivi şi sociali (Angel şi Thoits, 1987). Un grad mai înalt de somatizare poate fi asociat stigmatizării pe care boala psihică o implică pentru un grup sau altul, convingerilor că emoţionalitatea este un semn de slăbiciune, ca şi unei

reduse înclinaţii pentru probleme psihologice (Escobar şi colab., 1989). Persoanele necăsătorite şi persoanele care trăiesc singure raportează mai frecvent şi mai multe simptome corporale (Schwab şi colab., 1978; Pennebaker, 1982). Influenţele familiale şi sociale sunt presupuse ca factori cauzali ai somatizării, atitudinea familiei şi părinţilor faţă de starea de sănătate influenţează concentrarea atenţiei copilului şi creşterea percepţiilor proceselor somatice (Wilkinson, 1988). Studii aprofundate arată că există o corelaţie directă între numărul zilelor de incapacitate la vârsta adultă şi încurajarea adoptării rolului de bolnav de către copil (Pilowsky, 1982; Whitehead, 1986). Familiile pot să respingă somatizarea sau să o încurajeze, învăţarea concentrării asupra senzaţiilor somatice, interpretarea lor ca periculoase, ca şi exprimarea lor verbală este legată de contextul familiar.

Lennon şi colab. (1989) sugerează accentuarea simptomatologiei somatoforme la persoanele care caută în mod prelungit o validare socială a simptomelor funcţionale. Alţi autori arată un raport direct între creşterea numărului de investigaţii şi convingerea că există o boală somatică ascunsă. În sfârşit, o serie de boli dificil de definit, cum ar fi oboseala persistentă, sindromul de colon iritabil, fibromialgia sau fibrozita musculară se asociază frecvent cu alte sindroame somatice sugerând o tendinţă la aglutinare a acestui tip de simptome.

Studiul raportului dintre somatizare şi şomaj a arătat o asociere semnificativă, dar fără să se poată spune care din factori determină cauzal această legătură.

COMORBIDITATE ŞI SOMATIZARE

O problematică deosebit de dificilă este cea legată de pacienţii care au antecedente multiple de simptome somatice explicate şi/sau neexplicate medical şi care vor prezenta stereotipuri clinice cât şi convingerea

vulnerabilităţii lor faţă de boală. Pacienţii care au atât tulburări somatoforme, cât şi hipocondriace sunt cei mai înclinaţi spre utilizarea masivă a serviciilor medicale. Paradoxal, cu cât aceşti pacienţi caută diagnostice mai clare, cu cât suportă mai multe tratamente care eşuează, cu cât suferinţa lor subiectivă se agravează, cu atât persoanele din mediul lor familiar şi personalul medical devin tot mai puţin convinse că suferinţa lor este reală şi că ei doresc într-adevăr să se vindece.

NOSOGRAFIE ŞI SOMATIZARE

Am insistat asupra diverselor aspecte pe care noua categorie a tulburărilor somatoforme o introduce în nosografia psihiatrică, acum când aceasta suferă un adevărat proces de restructurare „neokraepeliniană" de căutări a unor tulburări discrete caracterizate

prin patternuri simptomatologice distinctive (Kirmayer şi Robbins). Aceasta deoarece, deşi diagnosticele distincte plasează psihiatria în tradiţia biomedicinei, ele se dovedesc nesa-tisfăcătoare atât în studiile epidemiologice, cât şi în studierea unor fenomene psihopatologice la nivel individual şi/sau populaţional. Definiţiile tulburărilor somatoforme par să se înscrie mai repede într-o dimensiune de continuitate a comportamentului uman ca tulburări discontinue fiind greu încadrabile într-un concept unitar de boală mintală. În cadrul subiectului de care ne ocupăm în această lucrare, metaforic am putea spune că, tulburările somatoforme sunt partea direct vizibilă şi identificabilă ca atare a tulburărilor strict corporalizate din tulburările psihiatrice legate de corp. Altfel spus, ele se exprimă direct şi nemediat în coduri somatice, fără să-şi piardă însă semnificaţia de tulburări psihice. Aşa cum arătam, diverse teorii luate în discuţie, consideră somatizarea fie o apărare intra-psihică, fie o expresie a unor tulburări neurobiologice, fie o modificare a sistemului perceptual şi cognitiv, fie un set de comportamente socio-culturale.

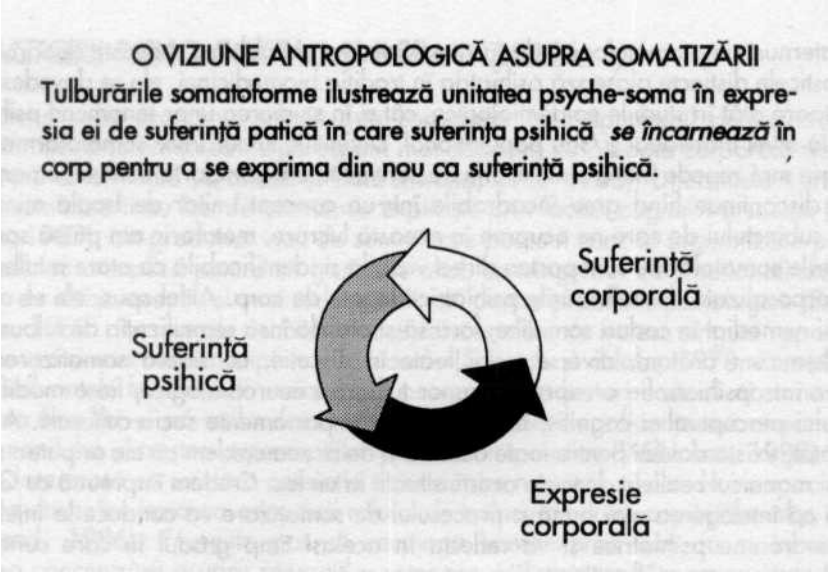
Aşa cum am arătat, există dovezi pentru toate acestea şi de aceea credem că ele ar putea să semnifice şi mozaicul realizat de toate aceste situaţii la un loc. Credem împreună cu G. Simon (1991) că înţelegerea mai bună a procesului de somatizare va conduce la înţelegerea altor sindroame psihiatrice şi va reflecta în acelaşi timp gradul în care cunoştinţele privind geneza unor tulburări psihice progresează.

Desigur, se poate spera că toate aceste progrese teoretice privind diagnosticul, clasificarea sau psihopatologia nu vor avea alt rezultat decât o abordare terapeutică mai adecvată a celui în suferinţă.

ANTROPOLOGIE ŞI SOMATIZARE

Dimensiunea antropologică a somatizării este legată de o posibilă modalitate de exprimare a suferinţei care se impune atenţiei, întrucât reflectă o dificultate deosebită ce interferează cu rolurile sociale de bază şi ameninţă viaţa. Corpul asigură simboluri naturale pentru relaţii sociale şi alte aspecte caracteristice ale culturii. Suferinţa somatică poate reprezenta un mod de a obţine concesii sau îngrijiri şi ajutor din partea unor instituţii sociale. Chiar atunci când indivizii nu sunt iniţial conştienţi de semnificaţia simbolică a simptomelor lor, ei pot fi modelaţi de interacţiunea simbolică socială şi pot participa la discursul simbolic social (Kleinman, 1988).

În plan antropologic tulburările somatoforme ilustrează unitatea psyche-soma în expresia ei de suferinţă – patică în care suferinţa psihică se „încarnează" în corp pentru a se exprima din nou ca suferinţă psihică.


O VIZIUNE ANTROPOLOGICĂ ASUPRA SOMATIZĂRII
Tulburările somatoforme ilustrează unitatea psyche-soma în expresia ei de suferință patică în care suferința psihică se încarnează în corp pentru a se exprima din nou ca suferință psihică.
Suferință corporală
Suferință psihică
Expresie corporală

CAPITOLUL 7

PSIHIATRUL CA MEDIC, PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ – COMPONENTĂ A MEDICINEI INTEGRATIVE

Psihiatrul de legătură este ca un pompier care rezolvă un incendiu.

J.J. Straton

Modelul consultaţiei în psihiatria de legătură, modelul pe care îl vedem aplicat în întreaga Europă a mileniului al III le-a, trebuie *asimilat şi de România. Cu toate costurile şi riscurile pe care le implică.*

Vasile Mihăescu

Psihiatrul ca medic

Cadrul conceptual al psihiatriei de legătură

Prevenţia primară, secundară şi terţiară

Metodologii de triaj şi descoperirea unor cazuri la debut

Promovarea unor reforme şi schimbări structurale în unităţile în care îşi desfăşoară activitatea

Evaluarea calităţii vieţii

Organizarea serviciilor de psihiatrie de legătură

Comorbiditate psihiatrică şi medicală în spitalul

general

Tipuri de intervenţie în psihiatria de legătură

Icebergul patologiei şi intervenţia psihiatrului

Expectaţiile somaticianului faţă de Psihiatria de Legătură

Psihiatria de legătură ca factor educaţional

Psihiatria de legătură în România – realităţi şi opţiuni pentru viilor

PSIHIATRUL CA MEDIC

Psihiatrii fac o investiţie majora în pregătirea lor medicală, precum şi în studiul manifestărilor omului şi al funcţiilor sale mintale ca şi în evaluarea şi tratamentul bolilor mintale. Ei întruchipează aprecierile despre contribuţiile cruciale, complexe şi aparent de nedezlegat ale factorilor psihosociali şi biomedicali în înţelegerea şi tratamentul bolilor psihice. Cunoştinţele psihiatrului despre manifestările umane, motivaţiile şi relaţiile lor sunt unice printre medici. Această identitate ca medici ar trebui să crească credibilitatea specialităţii în arena medicală.

Resursele unice ale psihiatriei ca disciplină nu sunt apreciate la adevărata lor valoare. Funcţiile sau disfuncţiile organismului uman nu sunt alcătuite din unităţi clar

170 O abordare modernă a psihologiei medicale demarcate şi independente mintală şi somatică. Sistemul nervos central controlează toate funcţiile de bază ale organismului. Experienţele traumatice deschid posibilitatea de instalare a unor suferinţe şi disfuncţionalităţi pe care doar abordările psihoterapeutice pot să le vindece.

Semnele şi simptomele nu pot fi net împărţite între emoţionale şi somatice. Cortizonul poate provoca agitaţie sau depresie. Depresia poate da constipaţie, anxietatea – diaree, furia poate da cefalee. Ca medic, psihiatrul poate să recunoască toate acestea, să aprecieze aceste interacţiuni şi să-şi aplice cunoştinţele în ambele

componente ale procesului diagnostic: psihosocial şi medical. Psihiatrii sunt pregătiţi să pună întrebări despre corelaţia unui simptom somatic cu un eveniment psihologic, şi despre medicaţia prescrisă care a precedat modificarea cognitivă emoţională sau comportamentală.

Există o suprapunere semnificativă între bolile psihice şi cele „medicale”. Psihiatrii acordă îngrijirea primară sau principală multor pacienţi cu situaţii medicale care coexistă.

Incapacitatea mintală asociată cu bolile psihice poate să interfere cu capacitatea pacientului de a recunoaşte sau reacţiona la tulburări de ordin medical sau la procesele psihologice, cum ar fi sarcina sau travaliul şi să caute o îngrijire corespunzătoare. Unii pacienţi urmează şedinţe de psihoterapie în mod regulat la psihiatrul lor, de aceea îl consultă mai des pe acesta decât pe oricare alt medic şi îşi prezintă simptomele clinice mai întâi psihiatrului. Unii pacienţi sunt spitalizaţi de către psihiatru, care prin aceasta, îşi asumă întreaga responsabilitate pentru îngrijirea lor medicală.

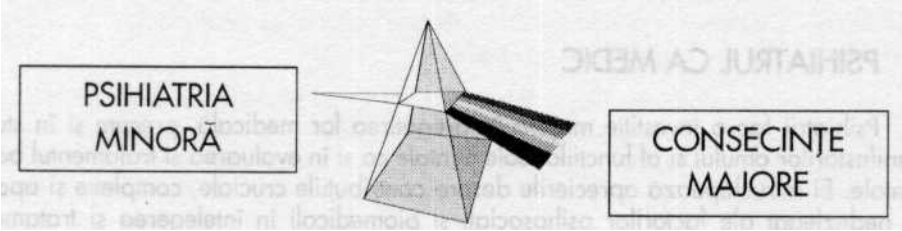
Psihiatrul trebuie să decidă când un semn sau simptom care apare la un pacient în timpul tratamentului psihiatric este clinic semnificativ şi dacă să preia tratamentul sau să îndrepte pacientul către alt specialist sau generalist.

Psihiatrul trebuie ulterior să evalueze capacitatea pacientului de a lua decizii

I privind diagnosticul şi tratamentul şi să coopereze cu alţi furnizori de îngrijiri medicale.

Poate fi necesar ca psihiatrul să intervină activ în negocierea unei trimiteri, liniştind bolnavul prin îngrijirea în continuare, ajutând medicul către care trimite, în lucrul cu aspectele psihiatrice ale îngrijirii pacientului.

Când pacientul este tratat la început de către un alt medic, psihiatrul trebuie să fie foarte priceput în a identifica scăpările, erorile şi complicaţiile iatrogene.



Psihiatrul trebuie să aibă cunoştinţe despre manifestările psihiatrice ale bolilor organice (medicale în general) şi despre efectele cu răsunet psihic ale tratamentelor, aşa încât niciodată să nu interpreteze greşit modificările în tabloul simptomatic şi să agraveze tulburările cu intervenţii neadecvate, nici să treacă cu vederea exacerbările.

Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură 171

efectele secundare sau efectele toxice care cer modificări în regimul terapeutic. Ori de câte ori se folosesc concomitent atât medicamente psihotrope, cât şi o altă medicaţie, este posibilă apariţia interacţiunilor intermedicamentoase. Se pune, de exemplu întrebarea „Starea psihică a pacientului este alterată ca rezultat al insuficienţei cardiace congestive, al dozelor prea mari de digitalic, al bolii Alzheimer sau al depresiei?”

Semnele medicale, simptomele nepsihiatrice, procedurile de diagnostic şi tratamentele provoacă răspunsuri emoţionale foarte puternice care pot complica diagnosticul şi pot interacţiona cu complianţa la tratament şi cu vindecarea.

Ca medici, psihiatrii sunt pregătiţi să înţeleagă mecanismele bolilor şi protocoalele de diagnostic şi tratament folosite pentru a le descoperi şi a le combate. Identitatea lor medicală le uşurează comunicarea şi colaborarea cu alţi medici. De exemplu, un pacient cu o boală malignă supus unui transplant de măduvă osoasă trăieşte o succesiune copleşitoare de veşti proaste, teancuri de informaţii ştiinţifice, decizii cruciale, reacţii ale familiei şi prietenilor, căutarea unui donator, proceduri foarte dureroase, efecte adverse îngrozitoare

şi un prognostic incert. Psihiatrul poate să evalueze starea mintală, să-l ajute pe pacient să ia decizii fiind informat şi, după propriile sale criterii, să aducă informaţii pentru înţelegerea experienţelor din trecut ale pacientului, despre părţile lui tari şi slabe din punct de vedere psihologic şi să recunoască complicaţiile psihiatrice clinic semnificative şi în acelaşi timp să interpreteze evoluţia comportamentală şi emoţională a pacientului şi semnificaţia aspectelor neobişnuite.

Psihiatrul, ca oricare medic astăzi, se află în faţa unei provocări majore de a-şi spori cunoştinţele de specialitate în timp ce încearcă să se păstreze în pas cu descoperirile din alte specialităţi medicale care îi afectează pe pacienţii lor. Psihiatrii formaţi de curând, se tem că îşi vor pierde deprinderile de medicină generală iar cei formaţi mai demult, se tem că acestea nu mai sunt în întregime actuale şi adecvate pentru a aborda probleme medicale generale şi complicaţiile acestora la pacienţii lor.

CADRUL CONCEPTUAL AL PSIHIATRIEI DE LEGĂTURĂ

Trunchiul de bază de cunoştinţe şi aptitudini necesare pentru a realiza consultaţia, ca şi alte activităţi într-o secţie de psihiatrie de legătură, include înţelegerea psihopatologiei, cunoaşterea diagnosticului diferenţial, a diferitelor abordări psihoterapeutice, coordonarea administrativă a problemelor pe care sistemele le pot ridica, cunoaşterea problemelor economice medicale, geriatrice, şi de psihiatrie medico-legală.

De asemenea, sunt importante cunoştinţe privind modalitatea prin care variază o oarecare comorbiditate psihiatrică care întrepătrunde diferite boli, la diferite vârste, la persoane cu statut socio-economic diferit.

Deşi un mare număr de psihiatri efectuează consultaţii de psihiatrie ca parte a activităţii lor clinice, există o gamă largă de expertiză la diferite nivele de

educaţie şi experienţă clinică (ex.: rezidenţiat, membru al asociaţiei profesionale, activitate universitară). Formulări psihodinamice detaliate care folosesc un jargon psihiatric sunt rareori (dacă nu cumva aproape niciodată) folositoare medicului somatician.

Disponibilitatea, flexibilitatea, claritatea în gândire, ca şi o curiozitate naturală în legătură cu fenomenele noi, sunt foarte folositoare pentru consultaţiile psihiatrice de

O abordare modernă a psihologiei medicale legătură (Pasnau 1985; M.G. Wise şi Rundell, 1994). Consultantul în psihiatria de legătură trebuie să vrea să solicite ajutorul altui coleg ori de câte ori este confruntat cu probleme clinice din afara specialităţii sale, pentru care nu are cunoştinţele şi aptitudinile necesare.

Scopurile Psihiatriei de legătură (după Străin şi Grossman, 1975):

realizarea prevenţiei primare, secundare şi terţiare

descoperirea cazurilor incipiente şi metodologiilor adecvate de triaj

asigurarea unei educaţii continue echipei nonpsihiatrice în scopul evaluării tratamentului şi/sau orientării cazurilor psihice

dezvoltarea cunoştinţelor fundamentale biopsihosociale

promovarea modificărilor structurale sau metodologice în instituţiile medicale în aşa fel încât să crească diagnosticarea şi tratamentul acestora.

Un rezultat global important este creşterea calităţii îngrijirii psihologice dacă principiile Psihiatriei de Legătură sunt aplicate.

PREVENŢIA PRIMARĂ, SECUNDARĂ ŞI TERŢIARĂ

PREVENŢIA	SCOPUL
primară	anticipare/prevenirea simptomelor psihiatrice şi psihologice
secundară	tratarea lor când apar
terţiară	prevenirea recăderilor

Prevenţia primară încearcă să prevină tulburările prin intervenţie precoce (ex. interviu psihiatric care ar trebui să se facă cu toţi pacienţii înaintea cardiotomiei având drept scop prevenirea deliriumului) (Surman, 1974).

Prevenţia secundară încearcă să reducă factorii biologici, psihologici şi sociali care au iniţiat boala, care participă la întreţinerea bolii şi tratează simptomele acute ca anxietatea, depresia şi accentuarea trăsăturilor caracteriale care cresc nivelul de stres şi împiedică vindecarea. După Hacket şi Cassem (1979) consultaţia de psihiatrie în spitalul general este în mod esenţial un mod de prevenţie secundară.

Prevenţia terţiară – psihiatrul de legătură se străduieşte să modifice sechelele psihologice care se pot instala după un episod acut sau conflicte psihologice rezultate din tulburări de dispoziţie, anxietate, inhibiţie şi fobie în legătură cu întoarcerea la lucru sau cu scăderea activităţii sexuale, în ciuda unei presupuse normalitaţi biologice. Ajută pacienţii să se adapteze limitelor fiziologice. Avertizează că există posibilitatea recurenţei bolii. Prevenţia recurenţelor bolii necesită foarte adesea urmărirea pacienţilor şi după externare.

Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură 173

METODOLOGII DE TRIAJ ŞI DESCOPERIREA UNOR CAZURI LA DEBUT

Depistarea cazurilor în instituţiile medicale este o atribuţie a psihiatrului de legătură care trebuie să depăşească cadrul unei consultaţii de ambulator.

Tulburările psihice datorate unei boli somatice sau unei toxicomanii reprezintă prototipul de tulburare

psihofiziologică frecvent prezentă, dar cel mai adesea nedetectată în instituţiile spitaliceşti (Engel, 1967). Evident că dacă cei care au pacienţii în îngrijire (medicii curanţi) nu sesizează disfuncţia sau natura acesteia, ei nu vor solicita serviciul de psihiatrie de legătură.

Marca de calitate a serviciului de psihiatrie de legătură este dată de strategiile şi tacticile de diagnosticare şi triaj a cazurilor din secţiile medico-chirurgicale.

Iată care ar fi caracteristicile psihiatrului consultant eficient:

Să vorbească cu medicul somatician, cu psihologul clinician, cu asistentele medicale şi cu ceilalţi membri ai echipei terapeutice care se ocupă de bolnav (inclusiv asistent social), atât înainte cât şi după consult. Scopul iniţial este să clarifice motivul consultaţiei. Medicul somatician poate fi destul de confuz în faţa simptomelor pe care le prezintă pacientul şi să fie incapabil să-şi formuleze adecvat solicitarea;

Să stabilească dacă din punct de vedere psihiatric este o extremă urgenţă, o urgenţa sau un caz obişnuit (de rutină);

Să revizuiască documentele medicale, analizele, planurile terapeutice, şi să colecteze toate noile informaţii de care are nevoie;

Să efectueze un examen psihiatric complet, să cunoască aspecte relevante din anamneză şi din examinarea somatică;

Să discute cu familia şi cu prietenii pacientului sau să indice altor membrii ai echipei să o facă;

Să noteze sintetic şi inteligibil observaţiile sale în fişă (nu e nevoie să se detalieze informaţii deja cuprinse în foaia de observaţie);

Să încerce să ajungă la un diagnostic prezumtiv pe baza semnelor, simptomelor, a rezultatelor de laborator şi a datelor epidemiologice;

Să formuleze diagnosticul diferenţial între

afecţiunile somatice, neurologice şi psihiatrice;

Să recomande efectuarea explorărilor radiologice sau a testelor de laborator utile procesului diagnostic;

Să aibă cunoştinţele necesare pentru a prescrie medicaţie psihotropă pacienţilor cu afecţiuni somatice şi chirurgicale şi să ţină cont de interacţiunile acestora cu medicaţia non-psihotropă;

Să facă recomandările terapeutice: terapie electroconvulsivantă, psihoterapie, şi să elimine orice cauze posibile medicale sau cauze iatrogene ale simptomelor;

Să fie specific (orientare rapidă şi la obiect). Să asigure planuri de intervenţie pentru situaţii de complicaţii care pot apărea întâmplător (de mică probabilitate) şi să anticipeze problemele potenţiale. Să aibă un contact personal direct

174 O abordare modernă a psihologiei medicale

— Mai ales dacă recomandările sunt esenţiale şi potenţial controversate. Să dirijeze educarea adecvată a pacientului şi psihoterapia, atunci când este indicat;

Să urmărească pacientul pe toată durata spitalizării;

Să facă recomandările potrivite la externarea bolnavului, incluzând îngrijirea ambulatorie;

Să urmărească noutăţile din celelalte domenii medicale şi să nu fie izolat de restul comunităţii medicale.

Cunoştinţele psihiatrilor despre manifestările umane, motivaţiile şi relaţiile lor sunt unice printre medici, făcându-i de neînlocuit ca profesori ai studenţilor în medicină şi consilieri ai colegilor de alte specialităţi.

Factorii psihiatrici şi psihosociali operează în fiecare fază de boală.

— Înaintea internării ca motive sau presiuni la internare

— În timpul spitalizării

— În timpul elaborării deciziilor de externare sau transfer în alte instituţii.

În toate aceste faze deciziile vor fi influenţate negativ în sensul creşterii costurilor.

Adesea factorii biopsihosociali sunt cei care modifică atitudinea şi decizia medicală, iar intervenţia psihiatriei de legătură poate influenţa acest proces.

Levitan şi Cronfeld (1981) au demonstrat la pacienţii ortopedici că un serviciu de psihiatrie de legătură a dus la reducerea costurilor prin externare mai rapidă şi mai mult reveniri la domiciliu decât la cămine spital (durata spitalizării 30 faţă de 42 zile, 16 externări acasă faţă de 8).

Ackerman şi colab. descriu legătura dintre depresie şi intervenţie psihiatrică precoce la pacienţii spitalizaţi şi durata de spitalizare marcând o reducere de 11 %. Aceiaşi autori notează importanţa intervenţiei precoce care are un efect mai semnificativ decât diagnosticul indiferent de boală.

— Scăderea duratei de spitalizare

— Scăderea costurilor medicale

— Creşterea calităţii vieţii

Studii, cum ar fi Străin şi colab. (1991) asupra pacienţilor cu fractură de col femural la vârstnici au arătat că intervenţia psihiatrică de legătură face să se:

— Descopere morbiditatea psihiatrică

— Reducă depresia şi tulburările cognitive la externare

— Scadă durata de spitalizare (cu 2 zile în medie)

— Determine un număr mai redus de zile pentru recuperare

— Reducă reinternările în următoarele 12 săptămâni după externare

PROMOVAREA UNOR REFORME ŞI SCHIMBĂRI STRUCTURALE ÎN UNITĂŢILE ÎN CARE ÎŞI DESFĂŞOARĂ ACTIVITATEA

Psihiatria de legătură se străduieşte să realizeze schimbări structurale în departamentele spitalului, ca de exemplu nuclee de terapia durerii, unităţi de asistenţă a

dializaţilor şi celor care au suferit transplante, centre de criză pentru familiile pacienţilor.

Conceptul de psihiatrie de legătură permite urmărirea cazurilor după externarea pacienţilor din unităţile medico-psihiatrice şi a pacienţilor ambulatorii din clinicile de medicină internă şi chirurgie care au disfuncţii psihologice.

Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură 175

Datorită faptului că departamentele ambulatorii psihiatrice din cele mai multe spitale nu sunt capabile să stăpânească pacienţii somatici cu disfuncţii psihologice, este necesar un serviciu ambulator în cadrul departamentului de psihiatrie de legătură cu o contribuţie mult mai importantă.

Clearence-ul psihiatric este acum un standard în SUA pentru toţi pacienţii care iau supra doze sau fac tentative suicidare înainte de a fi externaţi dintr-o unitate de terapie intensivă. Următorul pas logic este să devină obligatoriu *clearence-ul psihiatric* pentru toţi pacienţii cu risc crescut sau pacienţii dificili cum ar fi: candidaţii la intervenţie deschisă pe cord, cei cu probleme de diagnostic, cei la care intervenţia chirurgicală este nesigură, pacienţii cu internări repetate în spital care par să fie rezultatul automutilării, comportamentelor autodistructive, neglijării de sine.

Evaluarea psihiatrică a acestor pacienţi şi a altor grupe care mai trebuie identificate trebuie să fie privită ca o parte intrinsecă a evaluării pacienţilor de către psihiatria de legătură şi a managementului unui spital universitar contemporan.

Un important pas către implementarea psihiatriei de legătură în această ţară s-a făcut prin predarea sănătăţii mintale pentru rezidenţii care vor fi primii în contact cu pacientul în specialităţile:

— Medicină internă
— Medicină de familie
— Medicină de urgenţă

Steinberg MD (1997), într-un foarte recent studiu, arată că psihiatrii de legătură se implică în mod intens în problemele de etică ale spitalelor generale, în ultimele două decade şi că interesul pentru bioetică al psihiatrului se explică, pe de o parte prin formarea deosebită din această specialitate şi prin numărul mai mare de probleme etice legate direct de practica psihiatriei, pe de altă parte

EVALUAREA CĂLITAŢII VIEŢII

Cea mai acceptată definiţie, este la ora actuală cea a Organizaţiei Mondiale A Sănătăţii OMS în viziunea căreia „Calitatea vieţii este felul în care oamenii îşi percep poziţia lor în viaţă în relaţiile cu scopurile lor şi cu sistemul de valori pe care ei l-au acceptat şi încorporat în perspectiva luării deciziilor pe care ei le iau”.

Bech (1987) defineşte clar conceptul de calitate a vieţii ca o dimensiune negativă (o lipsă de bunăstare mai curând decât o bunăstare). Această idee urmează modelele medicale tradiţionale orientate spre maladie mai mult decât spre sănătatea totală. Calitatea vieţii este deseori măsurată după prezenţa şi amplitudinea impactului debilitant al bolii. Aici, cercetătorii se înscriu în tradiţia lui Pavloff şi a colaboratorilor săi care examinau disconfortul, eficacitatea şi conştiinţa de sine ca pe criterii ale ameliorării în psihoterapie. Prin aceasta se înţelege că informaţiile asupra stărilor subiective nu pot fi judecate decât de persoanele care le resimt. Ei au decis să abordeze subiectiv sub un unghi negativ, studiind inconfortul, sentimentul de inutilitate şi lipsa conştiinţei de sine căci *„pacienţii caută un tratament pentru a fi eliberaţi de detresa lor mai curând decât de a trece de la o stare satisfăcătoare la o stare mai bună”*.

Printre scalele curente de descriere care se apropie de acest mod de abordare, se număra *„Hopkins Sistem Checklist”*, *„Self-Report Symptom Checklist”*, *„General Health*

Questionnaire". Scalele cu aprecierile atribuite de observatori sunt „*Hamilton Anxiety Scale*" şi „*Melancolia Scale*". Ne lipsesc multe informaţii despre calitatea vieţii când starea de bine este măsurată doar prin aprecierea inconfortului. (Ware, 1987)

Fără posibilitatea de a măsura gradul de succes şi de satisfacţie pierdem o mare parte a posibilităţii de evaluare a calităţii vieţii, limitaţi fiind de faptul că noţiunea de stare normală (sau bunăstare) este suficientă. Persoanele care au un handicap psihic se declară mai puţin satisfăcute faţă de ansamblul populaţiei occidentale. Plafoanele limitante ale măsurilor de uz general (unde mare parte a persoanelor se declară satisfăcute) nu limitează măsura calităţii vieţii când le aplicăm grupurilor handicapate sau marginalizate, incluzându-i pe cei cu handicap psihic. De ce să impunem un plafon artificial al normalului şi să reducem posibilitatea de a lua măsuri?

La ora actuală, anumite proiecte de cercetare vizând studierea calităţii vieţii se limitează la evaluarea stărilor negative chiar dacă alţii încearcă evaluarea unui evantai mai larg de experienţe umane.

Opinia noastră este că toate perspectivele, toate punctele de vedere furnizează informaţii utile şi valide asupra calităţii vieţii persoanei. Dificultatea constă în a recunoaşte şi accepta faţetele multiple ale noţiunii de calitate a vieţii şi de a rezista tentaţiei de a folosi un singur criteriu ca indicator valabil al calităţii vieţii, ignorându-le pe celelalte.

Scala domeniilor vieţii a lui Flanagan îşi propune, de exemplu, să exploreze 15 categorii de domenii de viaţă. Printre aceste categorii, patru sunt legate de relaţiile cu alte persoane, prieteni sau membri de familie:

Relaţii cu soţul (sau partenerul)

Acest domeniu este legat de viaţa conjugală sau de relaţia cu partenerul: amor, companie, satisfacţie

sexuală, înţelegere, comunicare, apreciere, devotament şi mulţumire.

Rolul de părinte

Acest domeniu este legat de faptul de a avea şi de a creşte copii: dorinţa de a-i vedea crescând, de a petrece timp cu ei şi de a iubi compania lor. Sunt de asemenea incluse: educarea, ghidarea, ajutorul, influenţarea, aprecierea copiilor.

Relaţiile cu părinţii, fraţii şi surorile, cu ceilalţi membri ai familiei

Acest domeniu este legat de faptul de a avea părinţi, fraţi şi surori. În aceste relaţii comunicăm cu persoanele respective, avem activităţi comune, le apreciem, le înţelegem, beneficiem de ajutorul lor sau le ajutăm la rândul nostru. Sentimentul de a aparţine unui grup şi de a avea cu cine discuta despre problemele noastre este foarte important.

Relaţiile cu prietenii

În acest tip de relaţii se împărtăşesc opinii, activităţi şi interese comune. Aspectele importanţe sunt de a fi acceptat, de a se vedea, de a furniza ajutor şi de a-l primi, de a iubi, de a avea încredere, de a sprijini şi de a sfătui.

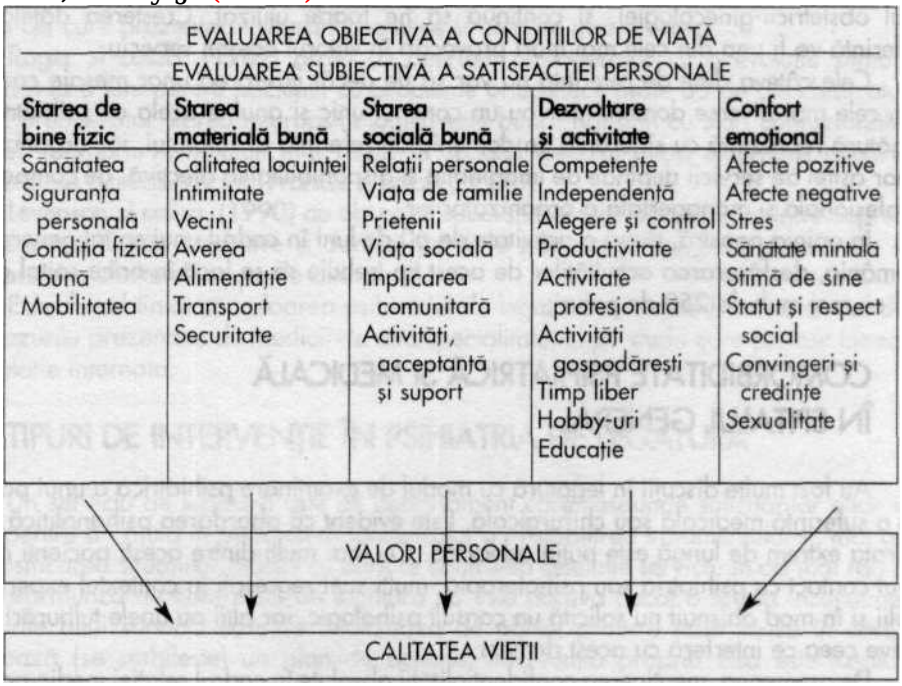
Scala domeniilor vieţii a lui Flanagan nu abordează decât indicatorii subiectivi ai calităţii vieţii. Este un instrument de măsură larg, care evaluează pe rând stările pozitive şi negative (nevoile nefiind împlinite, sau dimpotrivă). Această scală colectează informaţii asupra punctului de vedere al subiectului.

Pentru noi calitatea vieţii este o problemă multidimensională. Satisfacţia este o problemă centrală. Trebuie considerată capacitatea de a funcţiona. Provocarea pentru

Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură evaluatorii şi cercetătorii din domeniul măsurii calităţii vieţii este de a găsi modul de a integra şi de a rezuma informaţiile pertinente. Refuzăm limitarea la un singur

instrument de măsură pentru a defini calitatea vieţii. Nu acceptăm avertismentul unor autori conform căruia instrumentele multiple riscă să creeze dificultăţi de interpretare (de exemplu când într-un studiu al rezultatelor, două instrumente indică tendinţe opuse, o agravare după un instrument şi o ameliorare după altul). Mai curând, trebuie să găsim un mod de a îmbrăţişa complexitatea şi inconsistenţa schimbărilor provocate de tratament. Trebuie găsite modalităţile de a utiliza conceptul calităţii vieţii pentru ca în cercetare să putem face generalizări pe datele furnizate de unul sau mai multe instrumente.

Elementele ce caracterizează calitatea vieţii după Felce D., Perry J. (1996)



ORGANIZAREA SERVICIILOR DE PSIHIATRIE DE LEGĂTURĂ

Dacă în deceniul VIII încă mai exista întrebarea „Unde şi în ce fel se poate organiza un serviciu de psihiatrie de legătură?”, în acest moment răspunsurile

multiple vin să afirme ubicuitatea necesităţii existenţei unui astfel de serviciu.

Astfel, Ortiz P. afirmă că: consultaţia în psihiatria de Legătură iese la iveală ca o legătură între corp şi minte. Întemeierea serviciilor de „consultaţie-legătură” în spitale a început câţiva anii în urmă şi este în continuă dezvoltare în multe ţări. Serviciile „con

178 O abordare modernă a psihologiei medicale sultaţie-legatură” pediatrice au câteva caracteristici comune cu cele pentru adulţi, dar altele sunt specifice.

Oxman T.E. (1996) stabileşte ca şi mulţi alţi autori legături între îngrijirile geriatrice şi consultaţia de legătură psihiatrică în special în îngrijirea de urgenţă.

Ramehandani D., Lamdan R.M., O’Dowd M.A., Boland R., Hails K., Ball S., Schindler B.A. Încearcă să lămurească controversele despre rolul şi funcţionarea consultaţiei psihiatrice de legătură în nu mai puţin de cinci spitale universitare afirmând necesitatea prezenţei unor astfel de servicii.

Analiza unui serviciu de psihiatrie de legătură la un spital universitar de obstetrică-ginecologie din Melbourne constată o rată constantă favorabilă acestui serviciu din partea celor spitalizaţi. 86% din doctori au găsit aceste consultaţii „foarte” sau „destul de „folositoare şi 83% din pacienţi care au răspuns La tratament au fost de aceeaşi părere.

Acest serviciu de psihiatrie de legătură reprezenta în 1990 un pionierat în domeniul obstetricii-ginecologiei, şi continuă să fie foarte utilizat. Creşterea datelor de referinţă va fi una din cele mai mari provocări în viitorul acestui serviciu.

Cele câteva date de referinţă nu vor să fie decât ilustrarea unor mesaje care vin din cele mai diverse domenii dar au un conţinut unic şi anume acela că psihiatria de legătură reprezintă cu siguranţă un domeniu de referinţă al viitorului, iar organizarea unor astfel de servicii depinde de imaginaţia şi

disponibilitatea afectivă, de competenţa profesională şi managerială a organizatorilor.

În opinia noastră, după o activitate de 60 de luni în cadrul unui spital general din România, desfăşurarea activităţilor de acest tip trebuie să se facă în orice spital general cu mai mult de 250 de paturi.

COMORBIDITATE PSIHIATRICĂ ŞI MEDICALĂ ÎN SPITALUL GENERAL

Au fost multe discuţii în legătură cu modul de examinare psihiatrică a unui pacient cu o suferinţă medicală sau chirurgicală. Este evident că abordarea psihanalitică, prin durata extrem de lungă este puţin adecvată. Cei mai mulţi dintre aceşti pacienfi nu au avut contact cu psihiatria sau psihoterapia, mulţi sunt regresaţi în contextul experienţei bolii şi în mod obişnuit nu solicită un consult psihologic, iar alţii au unele tulburări cognitive ceea ce interferă cu acest demers.

De asemenea, menţinerea confidenţialităţii absolute în cadrul relaţiei medic-pacient nu este posibilă pentru psihiatrul consultant deoarece medicul curant aşteaptă răspunsul La consultaţia solicitată. Acest lucru poate fi clarificat pacientului („eu îi voi prezenta doctorului care vă îngrijeşte un mic rezumat cu ceea ce au am găsit ca şi recomandările pe care doresc să vi le fac”). Dacă pacientul doreşte să îi spună psihiatrului un „secret”, psihiatrul va trebui să îi explice că dacă îi va destăinui acest secret şi medicului curant, acesta îi va înţelege mai uşor situaţia şi astfel îi va acorda o îngrijire mai bună. Astfel se reduce probabilitatea de abandon al pacientului din cadrul echipei terapeutice.

Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură 179

Pentru realizarea istoricului şi a examinării psihice trebuie formulate numeroase întrebări deschise şi închise; aceste date constituie baza informaţiilor necesare pentru formularea diagnosticului diferenţial şi al planului de tratament. Din datele astfel obţinute se pot face formulări psihodinamice, adesea folositoare pentru

înţelegerea problemelor pacientului. Asemenea formulări trebuie apoi traduse într-un limbaj accesibil pentru medicul curant şi pentru personal. Acest lucru ajută mult la înţelegerea problemelor pacientului de către personalul care îl îngrijeşte.

Studiul raportului comorbiditate / durata internării (Saravay & Lavin, 1984) trecând. În revistă 21 de studii internaţionale 7 (retrospectiv 1, încrucişate 2, prospective 4) şi 14 americane (retrospective 7, prospective 7). 76% au arătat o asociere semnificativă între comorbiditatea psihiatrică sau psihologică şi medicală cu creşterea duratei de spitalizare. Cu cât populaţia studiată a fost mai mare, cu atât durata de spitalizare şi-a corelat semnificativ poziţia cu comorbiditatea fiind mai crescută.

Mai mult, Mayou şi colab. (1991) studiind grupuri de pacienţi vârstnici internaţi în spitalul general, au arătat că se pot face predicţii privind reinternarea în cursul aceluiaşi an la cei care prezentau tulburări cognitive şi afective mai severe.

Roger şi colab. (1989) arată că delirium postoperatoriu cu o evoluţie somatică proastă la 6 luni pentru pacienţii cu probleme ortopedice peste 60 de ani chiar atunci când preoperator starea neuropsihologică este bună. Bătrânii cu stări confuzionale în timpul internării revin mult mai rapid în spitalul general după externare decât alţi pacienţi de aceeaşi vârstă (Francis şi colab., 1990).

Levenson şi colab. (1990) au observat asociaţii semnificativ pozitive între depresie, anxietate, tulburări cognitive şi durere, pe de o parte şi prelungirea duratei de spitalizare şi a cheltuielilor, pe de altă parte.

Este de subliniat că valoarea psihiatriei de legătură nu poate fi stabilită real doar pe cazurile prezentate de medicii de altă specialitate, ci pe studii care privesc întreaga populaţie internată.

TIPURI DE INTERVENŢIE ÎN PSIHIATRIA DE

LEGĂTURĂ

Un serviciu de legătură este un departament care răspunde solicitărilor altor servicii pentru a-i ajuta în punerea diagnosticului şi în stabilirea tratamentului şi, mai ales, în clasificarea situaţiilor dificile cu care se confruntă celelalte servicii. În cel mai rău caz această muncă de consultaţii de legătură nu este altceva decât o scurtă incursiune în treburile altui serviciu care se finalizează de obicei printr-o notă scrisă în care se schiţează (se stabileşte) un plan de acţiune. Intervenţia propriu-zisă este lăsată la decizia celui care a fost consultat. Psihiatrul de legătură este ca un pompier care rezolvă un incendiu şi apoi nu are timpul să se ocupe cu programe de prevenţie şi profilaxie a situaţiilor de criză.

Un serviciu de psihiatrie de legătură necesită competenţă, bani şi motivaţie. Este necesară existenţa unui personal suficient şi calificat pentru a-i permite psihiatrului să realizeze investigaţii mai complicate decât simplul interviu cu pacienţii cu tulburări psihiatrice trimişi către el. El trebuie să fie capabil să participe la întâlniri, să discute individual cu pacienţii, cu medicii curanţi şi cu medicii de familie, să ţină întâlniri de lucru cu surorile din spital.

O abordare modernă a psihologiei medicale

Psihiatria de legătură este aşezată la interfaţa dintre medicină şi psihiatrie, ea incluzând nu doar consultaţia psihiatrica tradiţională a unui pacient individual, ci şi trecerea dincolo de această sarcină individuală, făcând din psihiatru un membru fidel (*bona ide*) al echipei medico-chirurgicale.

Stabilirea unei relaţii de legătură înseamnă că psihiatrul va fi în contact cu toată comorbiditatea psihiatrică şi medicală a unei unităţi, secţii sau departament şi nu doar un consultant al pacienţilor identificaţi şi trimişi către el de către secţia respectivă. Mai departe, este recomandabil să interacţioneze cu celelalte discipline paramedicale ca activitatea de

nursing, asistenţa socială, pentru a le mări acestora capacitatea de a depista, trata şi/sau trimite pentru consultaţii acei pacienţi cu tulburări psihice (şi de a ajuta îngrijitorii sau membrii de familie să-şi stăpânească propriile emoţii faţă de pacient); să influenţeze sistemul medical de îngrijire; să determine implicarea sistemului de sprijin al pacientului; să conducă cercetări privind interacţiunea dintre comorbiditatea medicală şi psihiatrică.

Îngrijirea spitalicească rămâne cea mai scumpă formă de îngrijire medicală. Pentru menţinerea unui sistem viabil şi eficient de îngrijire a sănătăţii sunt necesare intervenţii pentru identificarea pacienţilor psihiatrici spitalizaţi şi nevoile lor psihosociale şi tratarea lor pentru a reduce morbiditatea somatică şi a scădea durata de spitalizare. De fapt, sunt multe variabile care contribuie la internare şi la creşterea duratei de spitalizare, altele decât condiţia medicală.

STUDIUL	Nr. de pacienţi	Reducere procentuală	Cauzele de prelungire
SIMMER 1974	2500 pacienţi	11,8% din zile	nemotivate de acuze somatice
GLASS 1978	363 pacienţi	18% din zile	secundare factorilor sociali
MASSON 1980	5000 pacienţi	21% din zile	factorii sociali forţează internarea

ICEBERGUL PATOLOGIEI ŞI INTERVENŢIA PSIHIATRULUI

În termeni epidemiologici, psihiatria de legătură încearcă să se identifice cu un numitor al prevalenţei morbidităţii psihiatrice din instituţiile medicale, în timp ce consultanţa de psihiatrie, prin natura precisă a procesului de *„trimitere Ia”* este legată doar de numărător (Străin & Străin, 1988).

Istoric, consultanţa a fost metoda prin care o disciplină medicală interacţionează cu alta, aceasta presupunând că o disciplină discerne când nevoile pentru o altă specialitate sunt existente. Datele demonstrează totuşi că, cel puţin în privinţa psihiatriei, specialităţile medico-chirurgicale recunosc relativ puţini

pacienţi cu comorbiditate psihiatrică şi atunci când o fac, relativ puţini pacienţi sunt trimişi la consult (Fulop şi Străin, 1985; Străin & colab., 1991; Walen şi colab, 1987).

Un studiu făcut la Manchester, într-un spital general, pe un eşantion randomizat a 100 de pacienţi dintr-un departament de medicină internă a arătat că la două treimi din pacienţi factorii psihosomatici par să influenţeze boala şi decizia pentru tratamentul spitalicesc.

Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură

Practic, este o mare prăpastie între patologia psihiatrică care exista în serviciile medico-chirurgicale şi aceea care este identificată de personalul medico-chirurgical şi/sau orientată către psihiatrie. Pacienţii care sunt trimişi la consultantul de psihiatrie de legătură, reprezintă doar vârful unui foarte mare „*iceberg*". De aceea, procesul tradiţional de consultanţă impune orientarea spre stabilirea nevoilor clinice; procesul interferează cu cercetarea prevalenţei interactive minte-corp, evoluţia intervenţiilor studii cost-eficienţă sau studiul mecanismelor bolii.

Cohorta de persoane consultate va fi doar un mic subgrup format din acei pacienţi cu comorbiditate psihiatrică şi medicală din instituţia medicală. Majoritatea pacienţilor rămân neidentificafi, netrataţi şi neconsultaţi (Străin şi colab., 1986).

În consecinţă, limitele metodologiei consultanţelor necesită evaluări şi intervenţii psihiatrice, biopsihosociale şi comportamentale care s-au dovedit că influenţează nu numai sănătatea mintală, dar şi sănătatea generală. Cadrul conceptual al psihiatriei de legătură este acela de a pătrunde în sistemul serviciului medico-chirurgical, de a avea acces la *numărător* (întreaga cohortă de pacienţi) şi nu de a fi redus la *numitor* adică la trimiterile selecţionate din populaţia de pacienţi.

EXPECTAŢIILE SOMATICIANULUI FAŢĂ DE PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ

Medicii somaticieni aşteaptă de la consultantul psihiatru să clarifice diagnosticul, să trateze simptomele, să asiste echipa de terapie somatică sau chirurgicală în îngrijirea bolnavului, uneori să-şi asume responsabilitatea totală sau parţială faţă de caz.

Priorităţile serviciului de consultanţă de legătură variază de la un serviciu la altul. Uneori medicii somaticieni care sunt comunicativi, deschişi, siguri pe ei, capabili, cu un înalt grad academic, detectează cu mai mare precizie simptomele psihiatrice (D. Goldberg şi colab., 1982); cu toate acestea rata prevalenţei tulburărilor psihice nedetectate rămâne ridicată la pacienţii îngrijiţi în servicii de îngrijire primară. Adaptarea consultaţiei la nevoile serviciului care trimite pacientul este extrem de important pentru creşterea numărului de solicitări (Schubert şi colab., 1989). De exemplu, un chirurg care vrea să ştie dacă pacientul său este capabil să îşi dea consimţământul informal privind operaţia este foarte adesea neinteresat de aspectele psihologice ale problemei chirurgicale. (Cohen-Cole şi Friedman 1982).

Ce aşteaptă cel mai adesea medicii de la psihiatrii?

Servicii de medicină internă

— Vizite ale pacienţilor efectuate în mod continuu

— Recomandări privind îngrijirea pacientului în secţie

— Aranjamente pentru transfer în servicii de psihiatrie, dacă este cazul

— Evaluarea şi sprijinirea medicului somatician şi al echipei terapeutice în înţelegerea aspectelor psihosociale ale suferinţei pacientului

Servicii de chirurgie

— Evaluarea competenţei

— Aranjamente pentru transfer, atunci când este indicat

— Recomandare de medicaţie psihotropă

— Recomandări privind îngrijirea pacientului în secţie

— Vizita pacientului continuă

— Aranjamente pentru internare, atunci când este indicat

Servicii de obstetrică/ginecologie

— Evaluarea stării mintale

— Vizite continue ale pacienţilor

— Recomandări de medicaţie psihotropă

— Evaluarea şi ajutarea medicului şi a personalului secţiei

— Să înţeleagă aspectele psihosociale ale suferinţei bolnavului

— Psihoterapie cu pacientul sau cu membrii de familie

Serviciu de pediatrie

— Vizitarea continuă a pacienţilor

— Evaluare psihiatrică şi tratamentul familiei pacientului

— Recomandări privind îngrijirea pacientului în secţie

— Evaluarea psihogenezei problemelor somatice

— Sprijin în înţelegerea aspectelor psihosociale ale suferinţei pacientului

Serviciu de recuperare

— Evaluarea stării mintale

— Ajutarea medicilor şi a personalului secţiei să facă faţă reacţiilor pacienţilor individuali şi stresului generat de comportamentul bolnavului

— Recomandări privind îngrijirea în secţie

— Ajutarea personalului secţiei să înţeleagă aspectele psihosociale ale suferinţei bolnavului

— Vizite continue ale pacienţilor

— Recomandări de diagnostice adiţionale

— Realizarea consultaţiei

PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ CA FACTOR EDUCAŢIONAL

Putem afirma că pentru pregătirea şi învăţarea problemelor de sănătate mintală din practica generală, atât la nivel universitar cât şi preuniversitar, accentul trebuie pus pe următoarele trei elemente:

1. Diagnostic: pregătirea în tehnica interviului şi în folosirea procedeelor de evaluare, incluzând interviurile standardizate; scale şi chestionare adecvate; relaţia doctorpacient; precum şi pregătirea în diagnosticul psihiatric.

2. Folosirea medicamentelor psihotrope. Este cunoscut faptul că cine prescrie cel mai des psihotropele nu sunt psihiatrii, ci medicii generalişti. În proiectele de pregătire este necesară deci, o atenţie specială acordată folosirii psihotropelor de bază de către medicul generalist. Având în vedere puternica lor acţiune iatrogenă, este foarte important de a da mare atenţie prescrierii acestora. Dacă doctorul nu cunoaşte bine medicamentul, sănătatea pacientului sau chiar viaţa sa poate fi în pericol.

1.

Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură 183

3. Învăţarea medicului generalist a unor forme simple de psihoterapie şi despre tehnici de asistenţă familială.

Conturarea acestui program educaţional presupune ca obiectivele sale să fie bazate pe competenţă şi orientate pe problemele studentului şi pe rezolvarea acestora. Dacă este bazat pe subiect şi centrat asupra pregătirii, dacă nu dă posibilitate studenţilor să participe activ, iar sistemul nu este bazat pe competenţă, atunci prin definiţie studenţii nu pot învăţa elementele „evaluării”, „intervenţiilor comportamentale” şi „prescrierii raţionale”.

Educaţia continuă joacă un rol major în obţinerea

garanţiei că medicul îşi lărgeşte pregătirea sa medicală de bază şi că este la curent cu realităţile practicii medicale şi cu nevoile pacienţilor.

De la publicarea lucrării lui Shepherd ş.a. (1996), s-a acordat o mai mare importanţă activităţii de cercetare a acestui subiect în mai multe ţări, cercetare care a demonstrat că *majoritatea bo*lilor *psihiatrice sunt tratate de nespecialişti*.

Două publicaţii ale Institutului Naţional de Sănătate Mintală (NIMH-SUA) în acord cu studiile iniţiale, au relevat incidenţa şi prevalenţa foarte crescute ale bolilor mintale în practica generală. Un alt studiu a arătat o discrepanţă mare între prevalenţa crescută a bolilor mintale şi standardele scăzute de recunoaştere, diagnostic şi tratament în practica generală (Shepherd ş.a., 1966; Regier ş.a., 1978; Hoeper ş.a., 1979).

În ultima perioadă, cercetătorii şi-au concentrat atenţia pe necesitatea detectării mai precise şi pe tratamentul afecţiunilor psihiatrice de către medicii generalişti, pe istoricul acestor boli, pe relaţia lor cu bolile somatice şi pe organizarea serviciilor de sănătate care privesc aceste aspecte.

Schulberg şi Burns (1988) au arătat în lucrările lor că aproximativ 60% din îngrijirea cazurilor episoadelor acute ale bolilor mintale este acordată excesiv de către medicul generalist. Aceleaşi lucrări indică, de asemenea, că rata prevalenţei morbidităţii psihiatrice din practica generală diferă încă destul de mult în diferite ţări, inclusiv în ţările dezvoltate.

Depresia ca simptom, sindrom sau boală, cu sau fără anxietate, este cea mai frecventă dintre toate bolile întâlnite de medicul generalist. Stările de anxietate reprezintă, probabil, cea mai frecventă subcategorie, explicând un procent de aproximativ 10% dintre episoadele psihiatrice întâlnite în practica generală (Shulberg şi Burns, 1988).

Studiile au arătat că o proporţie mare a acestor boli

psihiatrice trece fără a fi recunoscută de către medicul generalist. O serie de studii care folosesc Programul pentru boli afective şi schizofrenie sau Programul – Interviu în scop diagnostic, au dezvăluit frecvenţe ascunse (mascate ale morbidităţii (Schulberg şi Burns, 1988). Într-un proiect de cercetare al OMS realizat în clinici de asistenţă primară de sănătate din patru ţări în curs de dezvoltare (Harding ş.a., 1980) s-a descoperit că 2/3 dintre bolile psihiatrice nu au fost diagnosticate de către personalul medical.

Williams (1985) în lucrarea sa, ajunge la concluzia că medicii generalişti nu recunosc 1/3 până la 1/2 din pacienţii cu afecţiuni psihiatrice. Aceste rezultate subliniază importanţa educării şi pregătirii medicilor generalişti pentru descoperirea şi tratarea bolilor psihiatrice, mai ales a celor mai frecvente (anxietatea şi depresia) pe care le întâlnesc la pacienţii din practica lor medicală.

O abordare modernă a psihologiei medicale

Educarea şi pregătirea medicilor generalişti în problemele de sănătate mintală are loc la următoarele nivele: Preuniversitar Postuniversitar – care se împarte în două părţi:

— Instruirea postuniversitară din cadrul rezidenţiatului (ex.

Imediat după absolvire)

— După absolvire ca un proces de educare continuu, de-a lungul întregii vieţi active a medicului.

În timp ce pregătirea pre şi postuniversitară se realizează sub forma pregătirii instituţionalizate, de educaţie structurată din universităţi, educaţia continuă a medicului implică o serie de alte surse de informare, ca asociaţii medicale, congrese, simpozioane, discuţii la masa rotundă şi alte medii particulare sau oficiale care aduc la zi cunoştinţele personalului medical.

Şcoala medicală sau sistemul de educaţie medical responsabil trebuie să asigure absolvirea studenţilor sau

obţinerea licenţei de a practica medicina numai în cazul în care aceştia au obţinut cunoştinţele şi îndemânările necesare.

MODELE DE ÎNVĂŢĂMÂNT PSIHIATRIC PENTRU ÎNGRIJIRI PRIMARE (1983)

MODELUL	CUM ŞI CINE FACE	TIP ÎNVĂŢARE
consultaţie simplă	abordare prin prezentare de caz	învăţământ informal structurat
Liaison	abordare formală structurată, exerciţii pedagogice	învăţarea elementelor de bază şi aptitudinale
Bridge	un profesor de psihiatrie la o unitate de învăţământ pentru generalişti	învăţământ structurat
Hibrid	psihiatru + comportamentalist (sociolog, psiholog) echipa multidisciplinară	învăţământ informal, formal
Autonom	psihiatrul este angajat de un grup de îngrijire şi nu este legat de psihiatria de legătură sau este vorba de un comportamentalist nepsihiatru	informal
Supra specializare	învăţare a sănătăţii mintale 1-2 ani câştigând competenţă	formal + informal

PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ ÎN ROMÂNIA – REALITĂŢI ŞI OPŢIUNI PENTRU VIITOR

Psihiatria de legătură s-a dovedit una dintre cele mai fertile direcţii în care psihiatria contemporană s-a dezvoltat. Această direcţie este cea în care apartenenţa la *cor*-Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură 185

pusul medicinii îşi valorifică plenar valenţele îmbogăţind pe de o parte orizontul teoretic şi practic al celorlalte specialităţi, iar pe de altă parte, ancorând demersul psihiatric în realitatea biomedicală. Cu toate că în majoritatea ţărilor cu sisteme medicale dezvoltate, psihiatria de legătură este de mult un domeniu consacrat iar ultimul deceniu a făcut din psihiatria de legătură o specialitate care nu lipseşte din niciun spital care are mai mult de 150 de paturi, în România inerţia dar şi rezistenţa la nou a făcut ca primul serviciu de acest fel să apară abia în 1995 în cel mai mare spital universitar.

La un an de la apariţia acestui serviciu, în actele celui de-al II-lea simpozion internaţional de psihoterapie şi psihosomatică se menţiona: *Umanizarea actului medical trebuie să se producă şi în România. Modelul consultaţiei de legătură în psihiatrie, model pe care îl vedem aplicat în întreaga Europă a mileniului al III-lea, trebuie asimilat şi de România*. (V. Mihăescu, M Alexiu şi colab.) Am primit cu entuziasm cuvintele distinşilor colegi din laşi şi dacă am fi fost invitaţi, le-am fi putut oferi surpriza şi satisfacţia să constate că arzătoarea dorinţă a domniilor lor a prins deja contur şi se constituie într-un model aplicativ românesc. Poate acesta rămâne un destin al creaţiei naţionale, fie că ea este ştiinţifică sau artistică, să se afle întâi despre aceasta peste graniţe. Aşa s-a întâmplat şi cu departamentul psihiatrie de legătură din Spitalul Universitar din Bucureşti ale cărui date funcţionale şi structurale au fost prezentate în 1996 Ia München, Madrid şi Salonic.

Rezultatele primilor ani de funcţionare arată cu claritate atât necesitatea unui astfel de serviciu cât şi posibilităţile enorme de dezvoltare ale acestui tip de practică specifică a psihiatriei. Din păcate, până în acest moment nu au fost încă dezvoltate servicii de psihiatrie de legătură asemănătoare în alte spitale din ţară. O reală reformă în medicina românească şi mai ales în psihiatrie va impune cu siguranţă dezvoltarea acestei direcţii şi implicit creşterea comunicării psihiatrilor cu celelalte specialităţi, în primul rând cu medicul de familie.

Echipa operativă concepută să răspundă cererilor din acest serviciu este alcătuită dintr-un medic coordonator, trei medici specialişti, doi psihologi, cinci asistente medicale, doi operatori PC. De la data deschiderii departamentului au fost acordate 9895 consultaţii, a fost creată o bază de date computerizată care face accesul la informaţie foarte facil, acesta fiind primul departament din Spitalul Universitar care a introdus folosirea acestui mod de culegere a datelor de

la început. Legătura cu celelalte clinici şi departamente se stabileşte prin telefon, paging şi intranet.

FUNCŢIILE ASUMATE DE ACEST TIP DE SERVICIU SUNT URMĂTOARELE:

— Analiza patologiei psihiatrice reale în spitalul general

— Folosirea corectă a criteriilor diagnostice ale afecţiunilor psihice conform ICD-10

— Intervenţia terapeutică specifică

— Folosirea psihoterapiei

— Oferirea unei alternative

— Oferirea unui model modern de îngrijire

— Descreşterea costul spitalizării

— Prevenirea iatrogenozei

— Colaborarea continuă cu medicii generalişti

O abordare modernă a psihologiei medicale

DISTRIBUŢIA BOLNAVILOR CONSULTAŢI ÎN RAPORT CU SECŢIILE ÎN CARE SUNT TRATAŢI

SECŢIA	DIN NR. TOTAL PERSOANE CONSULTATE	NR. TOTAL BOLNAVI
AMB	12,14%	19,07%
MEDICALĂ 1	12,95%	20,34%
MEDICALĂ 2	11,69%	18,37%
BALNEOLOGIE	6,62%	10,40%
NEUROLOGIE	5,26%	8,26%
CHIRURGIE 2	3,88%	6,09%
MEDICALĂ 3	3,51%	5,52%
ORTOPEDIE	1,58%	2,49%
CHIRURGIE 1	1,52%	2,39%
OFTALMOLOGIE	1,50%	2,36%
CAMERA DE GARDĂ	0,93%	1,47%
GINECO-OBST.	0,85%	1,34%
ATI	0,61%	0,96%
NEUROCHIRURGIE	0,61%	0,96%
TOTAL		100%

Ponderea numerică a acestor servicii a fost la nivelul anului 1997 următoarea:

GRUPA DE SPECIALITĂŢI	NR. DE BOLNAVI	PROCENT
Medicale	9.390	23,62
Balneologie	1.909	4,81
Neurologie	2.410	6,06
Obstetrică-ginecologie	8.921	22,43
Terapie intensivă	3.559	8,95
Ortopedie	2.426	6,10
Neurochirurgie	1.789	4,50
Oftalmologie	1.868	4,71
Chirurgie	7.484	18,82
TOTAL	39756	100

În continuare vom analiza raportul dintre ponderile pe care le au diferitele specialităţi în structura spitalului şi cele ale solicitărilor de consultanţă psihiatrică.

Psihiatrul ca medic, psihiatria de legătură 187

GRUPA DE SPECIALITĂŢI	PONDERE ÎN SPITAL	PONDERE PSIHIATRIE
Medicale	23,62	44,25
Balneologie	4,81	10,40
Neurologie	6,06	8,26
Obstetrică-ginecologie	22,43	1,34
Terapie intensivă	8,95	0,96
Ortopedie	6,10	2,49
Neurochirurgie	4,50	0,96
Oftalmologie	4,71	2,36
Chirurgie	18,82	8,48
Camera de gardă	-	1,47
Ambulator	-	19,07
TOTAL	100	100

Grupa specialităţilor medicale ocupă ponderea cea mai importantă atât în structura spitalului cât şi la psihiatrie, lucru absolut firesc în condiţiile în care în lume se vorbeşte despre tratamentul psihiatric ale bolnavului din secţiile de medicină internă, aşa cum o face manualul *îngrijirea psihiatrică a pacientului de medicină internă* apărut sub redacţia A. Stoudemire şi B.S. Fogel, *Oxford University Press 1993*).

În plus, serviciile de medicală au o pondere dublă în ceea ce priveşte solicitările pentru psihiatrie, faţă de ponderea pe care o ocupă în structura spitalului.

În aceeaşi situaţie şi, în modul cel mai firesc, se află serviciul de balneologie-recuperare, care chiar dacă se situează la nivelul rangului 7 în structura spitalului, la psihiatrie urmează imediat clinicilor medicale.

Tot fireşti sunt lucrurile în ceea ce priveşte neurologia, cu care la început colaborarea a fost mai fragilă, dar ulterior ea a devenit un fapt normal avându-se în vedere intricarea deosebită a patologiei.

GRUPA DE SPECIALITĂŢI	RANGUL ÎN SPITAL	RANGUL ÎN PSIHIATRIE	RAPORTUL PONDERILOR
Medicale	1	1	1,87
Balneologie	7	3	2,16
Neurologie	6	5	1,36
Obstetrică-ginecologie	2	9	0,05
Terapie intensivă	4	10	0,10
Ortopedie	5	6	0,40
Neurochirurgie	9	10	0,21
Oftalmologie	8	7	0,50
Chirurgie	3	4	0,45
Camera de gardă	-	8	-
Ambulator	-	2	-

O abordare modernă a psihologiei medicale

Pentru chirurgie, oftalmologie şi ortopedie, ponderile, ca şi nivelul de solicitare se înscriu în limite fireşti sau tind să se apropie de normal.

Nu acelaşi lucru se întâmplă cu serviciile de neurochirurgie, în care cu siguranţă ponderea psihiatriei ar trebui să fie mult mai mare, chiar dacă rangurile din întâmplare coincid.

O situaţie paradoxală este aceea a obstetricii-ginecologiei, care deşi ocupă rangul 2 în spital, este cel mai puţin solicitant, fiind în dezacord cu orientările în domeniu şi cu statisticile psihiatriei de legătură din cele mai diverse locuri.

Care sunt motivele discrepanţelor mai sus menţionate? În primul rând, există diferenţe între atitudinea medicilor nepsihiatri faţă de psihiatria de legătură în teorie şi în realitate. Teoretic, medicul ar trebui să afle toate bolile pacientului său, să găsească

diagnosticele corecte şi tratamentul pentru aceste boli. Ar trebui ca medicul să-şi dorească eficienţa actului medical, creşterea complianţei terapeutice şi îmbunătăţirea calităţii vieţii pacientului. Existenţa unui număr larg de pacienţi cu probleme psihice ar implica o atitudine autoprotectivă din partea clinicienilor nepsihiatri, evitarea eforturilor inutile de a include orice altă patologie în specialitatea proprie şi căutarea soluţiilor pentru problemele somatoforme.

În realitate situaţia este diferită, clinicianul îşi doreşte diagnostice foarte sofisticate care să acopere un număr mare de simptome şi încearcă să folosească medicamente de ultimă generaţie („medicamentul universal" sau intervenţii chirurgicale precum laser sau laparoscopie). Medicul prelungeşte durata internării până când un nou pacient este spitalizat; nu are nicio noţiune a „calităţii vieţii", considerată a fi cel mult o noţiune sociologică din punctul său de vedere. Medicul apelează la resursele voliţionale ale pacientului care trebuie să-şi ascundă simptomele psihice; medicul încurajează pacientul spunându-i că nu are ce căuta într-un *„spital de nebuni"* sau *„dacă accepţi medicamentele psihiatrilor vei deveni dependent"*.

Situaţia ideală	Situaţia reală
Dorinţa de a cunoaşte toate afecţiunile pe care pacientul le are, diagnosticul şi tratamentul corect al acestora	*Căutarea unui diagnostic cât mai sofisticat dintr-o specialitate medicală care ar acoperi un număr incredibil de simptome*
Eficientizarea actului medical precum şi creşterea complianţei terapeutice şi a calităţii vieţii pacientului	*Încercarea unei terapii medicamentoase de ultimă generaţie ("panacee de specialitate") sau cu operaţii prin laparoscopie si laser a unor simptome şi sindroame rău delimitate*
O atitudine autoprotectivă din partea medicilor curanţi de alte specialităţi, evitarea efortului inutil de a circumscrie orice patologie propriei specialităţi şi de a căuta remedii pentru tulburările somatoforme	*Medicul prelungeşte durata de internare până la găsirea unui nou pacient, nu au auzit de noţiunea de "calitate a vieţii" pe care o consideră cel mult aparţinând sociologiei*
Explicarea pentru pacient a utilităţii unui tratament combinat şi de eliminare a cauzelor psihiatrice ale suferinţelor sale	*Apelul la resursele voliţionale ale pacientului care ar trebui să se abţină de a avea simptome psihice*
Crearea unei imagini identice cu celelalte specialităţi pentru psihiatrie	*Proliferarea unor imagini nemedicale privind suferinţa psihică*

Utilitatea consultaţiei psihiatrice este facil de remarcat din repartiţia diagnostică a cazurilor trimise pentru consultaţie care a fost următoarea:

REPARTIŢIA CONSULTAŢIILOR ÎN FUNCŢIE DE DIAGNOSTICUL PSIHIATRIC

DIAGNOSTIC	%
alcoolism cronic	4,97
boala afectivă unipolară	1,47
boala afectivă bipolară	0,45
boala Alzheimer	1,57
delirium tremens	0,74
depresie fond organic	4,74
depresie reactivă	13,27
depresie secundară	3,46
distimie	12,75
epilepsie	0,6
Episod depresiv major	4,45
nespecificate	1,53
oligofrenie	1,15
schizofrenie	3,27
sindrom psihoorganic acut	1
sindrom psihoorganic cr.	13,14
tulburare anxioasă	8,46
tulburare delirantă	1,41
tulburare disociativă	0,41
tulburare fobică	2,62
tulburare obsesională	0,35
tulburări de panică	0,1
tulburări de personalitate	5,32
tulburări factice	0,48
tulburări nevrotice	2,72
tulburări somatoforme	9,52
total	100

Programele noastre viitoare sunt reprezentate de câteva măsuri care în opinia noastră, îmbunătăţind calitatea asistenţei psihiatrice ne va îmbunătăţi imaginea şi va schimba modul în care psihiatria este încă percepută. Primele activităţi pe care dorim să le realizăm în viitor sunt următoarele:

Informarea continuă a medicilor de alte specialităţi

Cooperarea activă cu medicul de familie

Continuarea lucrărilor de cercetare privind psihotropele în spitalul general

Stabilirea unor algoritmi privind atitudinea terapeutică la bolnavii cu patologie asociată

Aprofundarea studiilor privind patologia „specifică”:

durerea cronică, neurastenia, anorexia/bulimia, tulburări somatoforme, dismorfofobia, sindromul oboselii cronice (SOC)

Elaborarea unor strategii terapeutice pentru persoanele de vârsta a treia

Elaborarea unor ghiduri de practică în psihiatria de legătură

Serviciul de consultaţie al unui spital general reprezintă o fereastră spre îngrijirea psihiatrică pentru un număr important de pacienţi, în special pentru cei care prezintă anumite caracteristici, aşa cum a fost subliniat şi în această discuţie (Janet M., Paul A.K., 1999)

Credem că apariţia primului serviciu de psihiatrie de legătură a reprezentat nu numai un pas în reforma psihiatrică din România, dar şi o cale de a îmbunătăţi imaginea psihiatriei, sau mai bine spus, de a-i crea o imagine la nivelul timpului pe care îl trăim.

BIBLIOGRAFIE

1. * * * Toward an Integrated Medicine – Classics From *Psychosomatic* Medicine, 1959 – 1979. Ed.

American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1995.

2. Abbey, SE; Garfinkel, PE. Depression and chronic fatigue syndrome: cause, efect or covariate. Rev

Infect Dis (în press).

3. Ackerman, AD; Lyons, JS; Hammer, JS et al. *The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients length of stay*. Hosp Community Psychiatry, 39: 173 – 176, 1988.

4. Alexandrescu, LC. *Clasificarea stresului psihic*. Revista Româna de Psihiatrie, Pedopsihiatrie şi

Psihologie Medicală, serie nouă, 2 – 3/1993, Asociaţia Medicală Română, Bucureşti, 1993.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Ed.

Revised, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 rd Ed.

Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.

7. American Psychiatric Association. Mood Disorders: Eating Disorders. În: *Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders (DSM-IVth (4th ed.) Washington, 1994: 539 – 50.

8. Andreasen, NC. Posttraumatic Stress Disorder, în Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by

Kaplan HI, Freedman AM, Sadok BJ Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1980, pp 1517 – 1525.

9. Andreasen, NC; Bardach, J. *Dysmorphophobia*: *Symptom of disease*? Am J Psychiatry, 134: 673

676, 1977.

10. Andrei, N Dicţionar etimologic de termeni ştiinţifici, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1987.

11. Anzieu, D. Le Moipeau. Paris, Dunod, 1985.

12. Anzieu, D. Le Peneseur. Du moipeau au moi-pensant. Paris, Dunod, 1994.

13. Appelbaum, Paul S, MD; Jorgenson, Linda M, MA, JD; Sutherland, Pamela K, JD. *Sexual*

Relationships Between Physicians and Patients. Archives of Internal Medicine, 154 (22): 2561 – 2565, Nov

28, 1 994.

14. Arches, J. *Social structure, burnout, and job satisfaction*, Soc-Work, May 1991.

15. Arcia, E; Gualtieri, CT. *Association between patient report of symptoms after mild head înjury and neurobehavioural performance*. Brain Inj, Nov-Dec 1993, 7 (6) pp 481 – 9.

16. Arseni, C. Problematica sănătăţii azi şi în viitor, Editura Academiei, Bucureşti, 1984.

17. Athanasiu, A. Elemente de psihologie medicală,

editura Medicală, Bucureşti, 1983.
18. Azorin, JM. (*Management of somatization in depression*). Encephale, Dec 1995, 21 Spec, no 7:
17 – 22.
19. Bachelard, Gaston. Apa şi visele. Ed. Univers, Bucureşti, 1997.
20. Bailhy, D; Parquet, J. Une conduite addictive: Ia tentative de suicide; en Les nouvelles adictions, Ed.
Masson, Paris, 1991.
21. Baker, WY; Smith, SH. *Facial disfigurement and personality*. JAMA, 112: 301 – 304, 1939.
22. Bălăceanu-stolnici, Constantin. Anatomiştii în căutarea sufletului. Ed. Albatros, 1981.
23. Barschneider, M. *Gedachtnisschwache*. Wien Med Wochenschr, 1996, 146 (17) pp 482.
24. Beaudichon J. La communication. Processus, formes et application, Armand Colin, Paris, 1999.
25. Bergeret, Jean. La depression et les etats-limites. Ed. Payot, Paris, 1974.
26. Bernard, Paul; Trouv, Simone. Semiologie psychiatrique. Ed. Masson, Paris, 1977.
27. Besançon G. Qu'est-ce que la psychologie medicale? Institut Synthelabo, Paris, 1999.
28. Bialyszewski, A. *Zespol przewleklego zmeczenia. Sindromul oboselii cronice*. Psychiatr Pol, Nov-Dec 1993, 27 (6) pp 601 – 11.
29. Blackwell, Barry, MD. No Margin. No Mission. JAMA: The Journal of the American Medical
Association, 271 (19): 1466, 1994, May 18.
2.
192 O abordare modernă a psihologiei medicale
30. Bohnen, N; Jolles, J; Verhey, FR. *Persistent neuropsychological deficits în cervical whiplash patients without direct headstrike*. Acta Neurol Belg, 1993, 93 (1) pp 23 – 31.
31. Bostwich, MD; Rundell, JR. Suicidality, pp 138 – 162, în Text book of Consultation-Liaison Psychiatry.

Inc. Washington DC, 1997.
32. Botezat Antonescu, Liviu. Suicidul în România. Mental Health, Societies and Cultures – Bucharest.
Roumanie, 19 – 23 Mai 1992.
33. Bourassa, M; Bolduc, A; Ratte, B. *Signs, symptoms and prevention of professional burnout*, J-Dent-Que, Sep. 1990.
34. Brătescu, G. Hipocratismul de-a lungul secolelor. Ed. Ştiinţifică, 1 986.
35. Britchnell, SA. *Dysmorphophobia*: *A centenary discussion*. Br. J. Psychiatry, 153: 41 – 43, 1988
(suppl. 2).
36. Brusset, B. L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Privat, Toulouse.
1977.
37. Burbiel, I; Jeanneau, M; Losinskya, E; Wied, V. The treatment ideology dimensions of the burn-out syndrome în psychiatric institutions. 1 1 World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry
WADP INC. BERN, Münich, Germany, March 4 – 8, 1997.
38. Burrows, C; Judd, F. *Practical management of chronic pain* în clinical management of chronic pain and the role of mianserin, Scientific Symposium, 28 June 1992, Villefranche-sur-Mer, France.
39. Bychowski, G. *Disorders of the body image in the clinical picture of the psychoses*. J Nervment Dis.
97: 310 – 334, 1943.
40. Cain, J. Psihanaliză şi psihosomatică, Editura Trei, Iaşi, 1998
41. Cain, Jacques. Le champ psychosomatique. Ed. Presses Universitaires de Trance. Paris, 1990.
42. Cain, Jacques. Le symptome psycho-somatique – recherche et perspectives partir de quelques caz cliniques. Ed. Privat, Toulouse, 1971.
43. Casper, RC et *al*. *Bulimia*. *Its incidents and clinical importance în patients with anorexia nervosa*.

Arch. gn. psichiatr, 37, pp 1030 – 1035, 1980.

44. Cathebras, P; Bouchou, K; Charmion, S; Rousset, H. *Le syndrome de fatigue chronique*: *une revue critique*. Rev Med Interne, Apr 1993, 14 (4) pp 233 – 42.

45. Chambers, R. *Avoiding burnout în general practice*, Br-J-Gen-Pract, Nov 1993.

46. Chelcea, S. Experimentul în psihologie, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1982.

47. Chester, AC. *Hypothesis*: *the nas al fatigue reflex*. Integr Physiol Behav Sci, Jan-Mar 1993, 28 (1)

pp 76 – 83.

48. Chiriţă, V, Chiriţă R. Etică şi psihiatrie, Editura Symposion, Iaşi, 1994.

49. Christenson, GA; Mackenzie, TB. *Trichotillomania*. În Handbook of Prescriptive Treatments for

Adults. Edited by Hersen M, Ammerman RT. New York, Plenum Press, 1994.

50. Chung, RC; Singer, MK. *Interpretation of symptom presentation and distress*. *A Southeast Asian refugee example*. J Nervment Dis, Oct 1 995, 183 (10) pp639 – 48.

51. Ciocâlteu, Al. Nefrologie. Ed. Infomedica, Bucureşti, 1 997.

52. Cloninger, Robert C. Somatoform Disorders and Personality in the General Population and in

Psychiatric Ouptatients. 8th ECNP Congress, Veneţia, 1 995.

53. Cociorva, Gabriela; Niculăiţă, Anca; Tudose, F. *Sindromul de burnout – suferinţa epidemica a medicilor din România*. Revista Infomedica, nr. 6, anul V, 1997, pp 34 – 36.

54. Cohen, U; Hollander, E; Badarucco, MA. *What the eyes ca*n't *see*: *Diagnosis and treatment of somatic obsessions and delusions*. Harvard Review of Psychiatry, 2: 5 – 9, 1994.

55. Coleman, James C; Broen, William, E. Jr.

Abnormal Psychology and Modern Life – fourth edition.
London.
56. Collier, JAB; Longmore, JM; Hodgetts, TJ. Manual de medicină clinică – specialităţi. Ed. Medicală.
Bucureşti, 1997.
57. Cookfair, D. *Physical and psychosocial functioning în ME*. The Nightingale, 1990: 1 (3): 8.
58. Corbella, T; Rossi, L *La dysmorphophobie, ses aspects cliniques et nosographiques*. Acta Neuro
Psychiatr Belg, 67: 691 – 700, 1967.
59. Cornuţiu G. Bazele psihologice ale practicii medicale, Editura Imprimeriei de Vest, Oradea, 1998.
30.
Bibliografie 193
60. Corrigan, FM; MacDonald, S; Brawn, A; Armstrong, K; Armstrong, EM. *Neurasthenic fatigue, chemical sensitivity and GABA receptor toxins*. Med Hypotheses, Oct 1994, 43 (4) ppi 95 – 200.
61. Cotterill, A. *Body dismorfic disorder*. Dermatol Clin, Jul 1996, 14 (3): 437 – 63.
62. Crocq, L *Les recherches sur la fatigue en France dans* les *vingt dernires armes*. Encephale, Nov
1994, 20 Spec No 3 pp 615 – 8.
63. Crow, SJ; MHchell, JE. Raţional therapy of eating disorders. *Drugs*, 1994, 48 (3): 372 – 9.
64. Cucu, C.I. Psihologie medicală, Editura Litera, Bucureşti, 1980.
65. Dancy J., Sosa E. Dicţionar de filosofia cunoaşterii vol. I, editura Trei, Iaşi, 1999.
66. Dantzer, R. *Stress theories and the somatization process*. Encephale, Dec 1995, 21 Spec, no 7:
3 – 9.
67. Davis, C; Yager, J. *Transcultural aspects of eating disorders: a critical literature review*. Cult Med
Psychiatry, 1992, 16: 377 – 94.
68. de Portugal Álvarez, J; Rivera Berrio, L; González San Martin, F; Sánchez Rodriquez, A; de

Portugal, E; del Rivero, F. *Etiologia del malestar general aistado*. An Med Internă, Oct 1996, 13 (10) pp 471 – 5.

69. de Souzenelle, Annick. Simbolismul corpului uman. Ed. Amarcord, Timişoara, 1996.

70. Degonda, M; Angst, J. *The Zürich study. XX. Social phobia and agoraphobia*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1993, 243 (2) pp 95 – 102.

71. DeHrich, H. *Über dysmorphophobie* (MIB – gestaltfurcht). Arch Psychiatr Nervenkr, 203: 511 – 518. 1962.

72. Dejours, Christ. Le corps entre biologie et psychanalyse. Ed. Payot, 1986.

73. Del Zompo, M; Ruiu, S; Severino, G; Cheraii, A; Usaia, P; Bocchetta, A. Focus on Biological Basis of Somatoform Disorders. 8* ECNP Congress, Veneţia, 1995.

74. Deniker, P; Gamy, H. *Une echelle pour evaluer* la *psychasthenic*. Encephale, May-Jun 1992, 18 (3) pp 247 – 50.

75. Descartes, René. Două tratate filosofice. Ed. Humanitas, 1992.

76. Didier, Julia. Dictionnaire de la philosophie. Ed. Larousse, 1988.

77. Dmitrieva, LL *Osobennosti psikhicheskogo reagirovaniia bol nykh nevrasteniei i gipertoniei v usloviiakh frustratsii*. (*Caracteristicile reactivităţii mintale în timpul frustrării la pacienţii cu neurastenie şi hipertensiune*). Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova, 1994, 94 (1) pp 76 – 9.

78. Dorian, B; Garfinkel, PE. *Stress, immunity and illness a review*. Psychol Med, 1987, 17: 393 – 407.

79. Drimba, Ovidiu. Istoria culturii şi civilizaţiei. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1984.

80. Ekhardt, A; Tettenbom, B; Krauthauser, H; Thomalskeb, C; Hartmann, O; Hoffmann, SE; Hopf, HC. *Vertigo and anxiety disorders – results of*

interdisciplinary evaluation. Laryngorhinootologie, Sept 1966.
75 (9): 517 – 22.
81. Enatescu, V. Dialogul medic-bolnav, Editura Dacia, Cluj, 1981.
82. Engel, G. Delirium, în The Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by Freedman MA, Kaplan
HI. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1967, pp 711 – 716.
83. Escobar, JI. *Overview of somatization*: *diagnosis*, *epidemiology and management*. Psychopharmacol-Bull, 1996, 32 (4): 589 – 96.
84. Ey, H. Defense et illustration de la psychiatrie, la réalité de la maladie mentale, Masson, Paris, 1978.
85. Ey, Henri., Études psychiatriques vol.111 Étude-nol7; pp 453 – 483, Hypochondrie, Edition Desclée
De Brouwer & Cie, Paris, 1954.
86. Ey, Henri. Trăite des hallucinations. Ed. Masson et Cie, Paris, 1973.
87. Ey, Henri; Bernard, P; Brisset, CH. Manuel de psychiatrie. Ed. Masson, Paris, 1978.
88. Fallen, BA; Rasmussen, SA; Liebowitz, M. *Hypocondriasis*. În: Obsessive-Compulsive Related
Disorders. Ed. Hollander E, American Psychiatric Press. Washington DC, 1993.
89. Farmer, A; Jones, I; Hillier, J; Llewelyn, M; Borysiewicz, L; Smith, A. *Neuraesthenia revisited*: *ICD 10 and DSM III*-I *psychiatric syndromes în chronic* fatigue *patients and comparison subjects*. Br J Psychiatry.
167 (4) pp 503 – 6, Oct 1995.
90. Finkelstein, BA. *Dysmorphophobia*. Dis Nerv Syst, 24: 365 – 370, 1963.
91. Folkman, S; Lazarus, RS. *The relationship between coping and emotion*. Social and Scientific
Medicine, 26, 309 – 317, 1988.
60.

92. Ford, CV. The Somatizing disorders: Illness as a way of life. New York, Elsevier, 1983.

93. Francis, J; Martin, D; Kapoor, WN. *A prospective study of delirium în hospitalizând elderly*. JAMA.

263: 1097 – 1101, 1990.

94. Fratta, W; Diana, M; Azzena, GB; Forgione, A; Mancinelli, R. New Perspectives on

Physiopathology and Therapy of Somatoform Diseases. 8* ECNP Congress, Veneţia, 1995.

95. Firavdli, C; Salvatori, S; Gabssi, F; Aiazzi, L; Drei, C; Cobras, P. *Epidemiology of somatoform disorders*: *a community survey* în *Florence*. Soc. Psychiatry-Pasychiatr-Epidemiolog, Jan 1997, 32 (1): 24 – 9.

96. Freud, S. Nevrose, Psychose et Perversion. Paris, PUF, 1974.

97. Freud, A. Le Moi et les Mechanismes de defense. Paris, PUF, 1993.

98. Frisch, F. Elements de medicine psychosomatique, Le Centurion, Toulouse, 1976.

99. Frommer, J; Frommer, S. *Von der Hysterie zur Nervoşitat*. *Anmerkungen zu Willy Helipachs sozialpathologischen Prognosen fur das 20*. *Jahrhundert*. Psychother Psychosom Med Psychol, Jun 1997, 47 (6)

pp 219 – 24.

100. Fulop, G; Străin, JJ. *Patients who self-initiate a psychiatric consultation*. Gen Hosp Psychiatry.

7: 267 – 271, 1985.

101. Gantz, NM; Holmes, GP. *Treatment of patients with chronic fatigue syndrome*. Drugs, 1989, 38:

855 – 862.

102. Glass, R; Mulvihill, M; Smith, H et at. *The 4-score*: *an index for predicting a patients non-medical hospital days*. Am J Public Health, 8: 751 – 755, 1978.

103. Goldberg RJ. Practical Guide to the care of the Psychiatric Patient, Mosby, Missouri, 1995.

104. Gorgos, C; Tudose, F şi alţii. Dicţionar

enciclopedic de psihiatrie vol. I-IV. Ed. Medicală.
Bucureşti, 1986 – 1990.
105. Gorgos, C; Tudose, F. *Depresia mascată*. Revista Infomedica, vol. I, nr. 1, iulie 1993, pp 8 – 9.
106. Gorgos, C; Tudose, Cătălina; Tudose, F; Botezat Antonescu, Ileana; Botezat Antonescu, L
Vademecum în psihiatrie. Ed. Medicala, Bucureşti, 1985.
107. Gori, Roland C; Poinso, Yves. Dictionnaire Pratique de psychopathologie. Editions Universitaires.
Paris, 1972.
108. Green, BL *Psychosocial research în traumatic stress*: *an update*. J Trauma Stress, 7: 341 – 362.
1994.
109. Greimas, J., Algirdas; Fontanille, Jacques. Semiotica pasiunilor. Ed. Scripta, Bucureşti, 1997.
110. Hailev, B.J.; Willoughby, S.G.; Burlier, M.N.; Miller, L Effects *of Communication Style on*
Women's Satisfaction with Physicians, *Psychology Health and Medicine*, vol. 3, no. 4, November 1998.
111. Holaris, A. *The Medical Psychiatry Continuum*, *Congress News în Press*, Athens, 16 – 20 April.
1999.
112. Hamburg, David; Sartorius, Norman. *Health and Behaviour*: *selected perspectives*, WORLD
HEALTH ORGANIZATION, Cambridge University Press, Geneva, 1989.
113. Hamburger, Jean. La puissance et la fragilit. Ed. Flammarion, Paris, 1972.
114. Hamilton, M. Psychopatology of depressions: quantitative aspects, section of clinical psychopatology. Ed. WPA Symposium, 1979.
115. Hanninen, T; Reinilcainen, KJ; Helkala, EL; Koivisto, K; Mykkanen, L; Laaleso, M; Proraia, K.
Subiective memory complaints and personality traits în normal elderly subjects. J Am Geriatr Soc, Jan 1994.
42 (l) ppl-4.

116. Hausotter, W. *Begutachtung des Chronic-Fatigue-Syndroms*. Versicherungsmedizin, Apr 1 1996.
48 (2) pp 57 – 9.
117. Hay, GG. *Dysmorphophobia*. Br J Psychiatry, 116: 399 – 406, 1970.
118. Heebink, DIN; Sunday, SR; Halmi, KA. *Anorexia nervoasă*'s*; bulimia nervoasă în adolescentă*:
*efecte ale vârstei şi statusului mintal asupra variabi*lelor *psihologice*. JAMA Acad Child Adolesc Psychiatry.
34: 378 – 382, 1995.
119. Hein, UR; Henz, BM; Haujlein, UF; Seikowski, K; Aberer, W; Lautenschlager, S; Klapp, BI.
Correlation between chronic urticaria and depression/somatization disorder. Hautarzt, Jan 1996.
47 (l): 20 – 3.
120. Henry, JP; Stephens, PM. Stress, Health and the Social Environment: A Sociobiologic Approach.
Springer – Werlag, New York, 1977.
100.
Bibliografie 195
121. Hermant, G. Le corps et sa mémoire. Ed. Doin, Paris, 1986.
122. Hickie, IB; Hooker, AW; Hadzi-Pavlović, D; Bennett, BK; Wilson, AI; Lloyd, AR. *Fatigue în selected primary care settings: socio-demographic and psychiatric correlates*. Med J Aust, May 20 1996, 164
(10) pp 585 – 8.
123. Hippocrat. Texte alese. Ed. Medicală, Bucureşti, 1960.
124. Hofmann, E; Becker, T; Meixensberger, J; Jacket, M; Schneider, M; Reichmann, H. *Disturbances of cerebrospinal fluid (CSFJ circulaţion-neuropsychiatric symptoms and neuroradiological contribution*. J
Neural Transm Gen Sect, 1995, 99 (1 – 3) pp79 – 88.
125. Holahan, G; Moos, RH; Scharer, A. Handbook of Coping. Theory, Research, Applications.

John Wiley and Sons, Inc., New York, 1996.
126. Hollander, E; Phillips, K. *Body image and experience disorders*, în Obsessive-Compulsive Related
Disorders. Edited by Hollander E. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993.
127. Holmes, D. Abnormal Psychology, Harper Collins pub, New York, 1991.
128. Holmes, David. Abnormal Psychology. Ed. Harper Collins Publishers, New York, 1991.
129. Holmes, GP; Kaplan, JE; Gantz, NM et al. *Chronic* fatigue *syndrome*: *a working case definition*.
Ann Intern Med, 1988, 108: 387 – 389.
130. Homey, Karen. Personalitatea nevrotică a epocii noastre. Ed. IRI, Cluj, 1996.
131. Huber, W. L'homme psychopathologique et la psychologie clinique, Presses Universitaires de
France, Paris, 1993.
132. Huber, Winfrid. Psihoterapiile-Terapia potrivită fiecărui pacient. Ed. Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti.
1997.
133. Hudziak, JJ; Boffeli, TJ; Krieseman, JJ; Battaglia, MM; Stanger, C; Guze, ZB. *Clinical study of the elation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome* (*hysteria*), *somatization disorder*, *antisocial personality disorder and substance abuse disorders*. Am-J-Psychiatry, Dec 1996, 153 (1 2): 1598 – 606.
134. Hyman, S. E.; Jenike, MA Manual of Clinical Problems în Psychiatry, Little, Brown, and company, Boston, 1990.
135. lamandexu, IB. Elemente de psihosomatică generală şi aplicată, Editura Infomedica.
Bucureşti, 1999.
136. lamandescu, I.B. Manual de psihologie medicală, Editura Infomedica, Bucureşti, 1995.
137. ICD10. Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament, editura All, Bucureşti, 1998.
138. Igoin-Apfelbaum, L *Psychopathologie clinique*

de la *boulimie*. Confrontations Psychiatr, 31, ppl65 – 176, 1989.

139. Ionescu, G. Psihosomatica. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1975.

140. Ionescu, G. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) – o taxonomie psihiatrică ateoretică, pragmatica, nontradifională, revoluţionară*. Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie şi

Psihologie Medicală – serie nouă, 1/1993, Asociaţia Medicală Română, Bucureşti, 1993.

141. Ionescu, G. Introducere în psihologia medicală, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1973.

142. Ionescu, G. Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie, Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.

143. Ionescu, G. Tulburările personalităţii, Editura Asklepios, Bucureşti, 1997

144. Ionescu, G. *Etiologia depresiilor din perspectivă psihopatogenică*. Revista Română de Psihiatrie.

Pedopsihiatrie şi Psihologie Medicală – serie nouă, 2 – 3/1993, Asociaţia Medicală Română, Bucureşti.

1993.

145. Ionescu, Ş. Quatorze approches de la psychopatologie, 2 e edition, Paris, Nathan-université.

1995.

146. Ionescu, şi Jacquet, MM; Lhole, C. Les Mechanismes de defense, theorie et clinique. Paris.

Nathan-université, 1997.

147. Jacquet, MM. L'alcoolique, son corp et I'autre. These de doctorat, Paris, 1987.

148. James, RR; Wise, MG. Textbook of consultation – liaison psychiatry. American psychiatry Press

Inc., N.W., Washington DC, 1996.

149. Janca, A. WHO International Study of Somatoform Disorders a Review of Methods and Results.

8-th ECNP Congress, Veneţia, 1995.

150. Jaspers, K. Psychopatologie guturale. Ed. Felix

Alcan, Paris, 1933.
151. Jeddi, Essedik (sub direcţia). Le corps en psychiatrie, Ed. Masson, 1982.
121.
196 O abordare modernă a psihologiei medicale
152. Jonas, Harry S, MD; Etzel, Sylvia I; Barzansky, Barbara, PhD. *Educational Programs în US*
Medical Schools, 1993 – 1994. JAMA: Tine Journal of trie American Medical Association, 272 (9): 694 – 701.
September 7 1994.
153. Judd, FR; Burows, GD; Lipsitt, DR. Handbook of studies on general hospital psychiatry. Elsevier
Science Publishers Biomedical Division, Amsterdam, 1991.
154. Juntunen, J. *Neurotoxic syndromes and occupational exposure to solvents*. Environ Res, Jan
1993, 60 (1) pp 98 – 111.
155. Kabanov, MM. *Ideology*, *Politics and Psychiatry*. Dynamische Psychiatrie, 29. Jahrgang, *5*. – *6*.
Heft 1996, Nr. 160/161, pp 309 – 316.
156. Kaplan, HI; Sadock, B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Fourth Edition, Williams &
Wilkins, Baltimore/Londra, 1985.
157. Kaplan, HI; Sadock, B.J. Modern synopsis of psychiatry. Ediţia a III-a, Williams and Wilkins.
Baltimore, 1981.
158. Kaplan, HI; Sadock, B.J. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Ediţia a VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997.
159. Kaplan, HI; Sadock, BJ; Grebb, Jack A. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical
Psychiatry, Ediţia a VII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1994.
160. Katschnig, Heinz. Quality of Life – a New Concept în Medicine: Conference – Salonic, al 11 – le-a
Congres al Societăţii Sud-Est Europene de Neuropsihiatrie, 24 sept.1996.

161. Keiser, L The Traumatic Neurosis. JB Lippicott, Philadelphia, PA, 1996.

162. Kellner, M; Wiedemann, K; Zhl, J. *Illumination perceptiontion in photophobic patients suffering from panic disorder with agoraphobia*. Acta Psychiatr Scand, Jul 1997, 96 (1) pp 72 – 4.

163. Kennedy, HG. *Fatigue and fatigability*. Br J Psychiatry, 1988; 153: 1 – 5.

164. Kim, Susan C, MD; Giardino, Angelo P, MD, MS; Ed Casey, Rosemary M; Magnusson, Mark R.

MD, PhD; Pinto-Martin, Jennifer A, PhD. *Experiences and Reflections of Former Pediatric Chief Residents*.

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 148 (5): 518 – 521, May 1994.

165. Kinzie, JD; Goetz, RR. *A century of controversy surrounding posttraumatic stress stress-spectrum syndromes*: *the impact on DSM-III and DSM-IV*. J Trauma Stress, Apr 1996, 9 (2) pp 159 – 79.

166. Klein, Metanie. Iubire, vinovăţie, reparaţie. Ed. Sigmund Freud, Binghamton, Cluj, 1994.

167. Koopmans, GT; Meeuwesen, I; Huyse, FI; Heimans, JJ. *Effects of psychiatric consultation on medical consumption in medical ocupaţients with low back pain*. Gen-Hosp-Psychiatry, 1996 May; 18 (3): 145 – 54.

168. Kraus, A. *Phenomenologic analysis of somatic symptoms* în *melancholia* – Encephale, Dec 1995.

21 Spec, no 7: 11 – 15.

169. Kreisler, L *Douleurs abdominales psychognes* în la psychosomatique de l'enfant, PUF, Paris.

1976; Que sais-e? 198*3, 2**, pp 61 – 63.

170. Kruesi, MJP; Dale, J; Straus, SE. *Psychiatric diagnoses* în *patients who have chronic fatigue syndrome*. J Clin Psychiatry, 1989, 50: 53 – 56.

171. Lacey, J; Britchnell, S. *Body image and its disturbances*. J. Psychosom Res, 30: 623 – 631, 1986.

172. Lamprecht, F. *Economic sequelae of failed treatments of psychosomatic and somato-psychic illnesses*. Psychoter-Psychosom-Med-Psychol, Aug 1996, 46 (8): 283 – 91.

173. Lanteri-Laura, G. *La psychasthenie-historie et evol*ution *d'un concept de P. Janet*. Encephale, Nov

1994, 20 Spec No 3 pp 551 – 7.

174. Laptanche, J; Pontai is, JB. Vocabular de psihanaliza. Bucureşti, Humanitas, 1995.

175. Laqueur, Thomas. Corpul şi sexul de la greci la Freud. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1998.

176. Larousse. Dicţionar de psihiatrie şi psihopatologie clinică, Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti.

1998.

177. Lauderdale, Michael. BURNOUT. Ed. Sounders, Montreal, 1982.

178. Lawrie, SM; Manders, DN; Geddes, JR; Pelosi, AI. *A population-based incidence study of chronic fatigue*. Psychol Med, Mar 1997, 27 (2) pp 343 – 53.

179. Lăzărescu, M. Calitatea vieţii în psihiatrie, Editura Infomedica, Bucureşti, 1999.

180. Lizârescu, M. Îndreptar de psihiatrie, Editura Helicon, Timişoara, 1995.

181. Lăzărescu, M. Introducere în psihopatologia antropologica, Editura Facla, Timişoara, 1989.

182. Lizârescu, M. Psihopatologie clinică, Editura Helicon, Timişoara, 1994.

174.

Bibliografie 197

183. Lazurca, Marius. Invenţia trupului. Ed. Anastasia, Bucureşti, 1993.

184. Learubier, Y; Weiller, E. *La neurasthenie et* la *ihymasihenie*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No

3 pp 559 – 62.

185. Lee, S. *Cultures în psychiatric nosology*: *the CCMD-2*-I *and internaţional classification of mental*

disorders. Cult Med Psychiatry, Dec 1996, 20 (4) pp 421 – 72.

186. Lee, S; Wong, KC. *Rethinking neurasthenia*: *the illness concepts of shenjing shuairuo among*

Chinese undergraduates în Hong Kong. Cult Med Psychiatry, Mar 1995, 19 (1) pp91 – 111.

187. Leger, JM; Clement, JP. *La depression et le vieillissement*. Encephale, Sep 1992, 18 Spec No 4

pp 511 – 6.

188. Lemperire, Three (sous la direction). Aspects evolutifs de la depression. Programme de Recherche et d information sur la Depression. Ed. Masson, Paris, 1996.

189. Levenson, JL; Colenda, CC; Larson, Dβ at al. *Methodology în consultation-liaison research*: *a classification of biases*. Psychosomatics, 31: 367 – 376, 1990.

190. Levttan, S; Kornfeld, D. *Clinical and cost benefits of liaison psychiatry*. Am J Psychiatry, 138: 790

793, 1981.

191. Ikkey, Marvin E., Gordon, Barbara. Medicine and mental illness. Ed. WH Freeman & Company.

New York, 1991.

192. Lieb, K; Dammann, G; Berger, M; Bauer, J. *Das chronische Mudigkeitssyndrom („chronic fatigue syndrome", CÂşi. Definition, diagnostische Massnahmen und Therapiemoglichkeiten*. Nervenarzt, Sep

1996, 67 (9) pp 711 – 20.

193. Linden, M; Maier, W; Achberger, M; Herr, R; Helmehen, H; Benkert, O. *Psychische*

Erkrankungen und ihre Behandlung în Aligemeinarzipraxen în *Deutschland*: *Ergebnisse aus einer Studie der*

Weltgesundheitsorganisation (*WHO*). Nervenarzt, Mar 1996, 67 (3) pp205 – 15.

194. LJshman, WA. Organic psychiatry: the psychological consequences of cerebral disorder, second edition. London: Blackwell Scient. Pub., 1987.

195. Lloyd, AR; Waltefield, D; Boughtan, CR et al. *Immunological abnormalities in the chronic fatigue syndrome*. Med J Aust, 1989, 151: 122 – 124.

196. Lopez Ibor, JJ; Frances, A; Jones, C. *Dysthymic disorder*: *a comparison of DSM-IV and ICD-10*

and issues în differenţial diagnosis. Acta Psychiatr Scand Suppl, 1994, 383 pp 12 – 8.

197. Lopez-lbor, JJ; Lopez-Ibor, Alino JJ. *Las dismorfofobias*. El cuerpo y la corporalidad, Madrid.

Gredos, 1974, pp 155 – 190.

198. Luban-Piazza, B; PUinger, W; Krger, F. Boli psihosomotice în practica medicală. Ed. Medicală.

Bucureşti, 1996.

199. Lumley, MA; Norman, S. *Alexithymia and health care utilization*. Psychosom-Med, May-Jun

1996, 58 (31: 197 – 202.

200. Mărgineanu, N. Conduita umană, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1973.

201. Marinescu, C. Gh. Etică şi sociologie contemporană. Relaţia medic-farmacist-bolnav, Institutul de

Medicină şi Farmacie, Iaşi, 1983.

202 Marple Richard, L, MC, USA; Pangare, Louis, MC, USA; Kroenic. Kurt, MC, USA. *Third-Year Medical Student Attitudes Toward Internal Medicine*. Archives of Internal Medicine, 154 (21): 2459 – 2464, Nov 14, 1994.

203. Marsella, AI.; Scheur, A. *Coping*: *Definitions*, *Conceptualizations*, *and Issues*, *Interactive*

Psychiatry, vol. 9, no. 3 – 4, 1993.

204. Mason, W; Bedwell, C; Zwaog, R et al. *Why people are hospitalizând*: *a decription of preventable factors leading* to *admission for medical illness*. Med care, 18: 147 – 163, 1980.

205. Matsuno, T; Hik Ha, K; Marsuo, T. *Chronic fatigue syndrome and psychiatric diseases*. Nippon

Rinsho, May 1994, 52 (5) pp 1339 – 44.

206. Maximilian, C Drumurile speranţei, Editura

Albatros, Bucureşti, 1989.
207. Mayou, R; Hawton, K; Falunon, E et al. *Psychiatric problems among medical admissions*. Int J
Psychiatry Med, 21: 71 – 84, 1991.
208. McDonald, E; David, AS; Pelosi, AI; Mann, AH. *Chronic fatigue în primary care offenders*.
Psychol Med, Nov 1993, 23 (4) pp 987 – 98.
203.
198 O abordare modernă a psihologiei medicale
209. Menninger. Men against himself, Ed. Harcourt, New York, 1938.
210. Merikangas, K; Angst, J. *Neurasthenia în a longitudinal coborî study of young adults*. Psychol
Med, Nov 1994, 24 (4) pp 1013 – 24.
211. Michel-Wolfrom, Hine. Gynecologie Psychosomatique. Ed. Masson et Cie, Paris, 1963.
212. Miclea, Mircea. Stres şi apărare psihică. Ed. Presa Universitara Clujeana, Cluj-Napoca, 1 997.
213. Mihăescu, Vasile (sub redacţia). Psihoterapie şi psihosomatica, Ed. Polirom, Iaşi, 1996.
214. Mincowski E. Traité de psychopathologie, vol. I, II, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
215. Mitchell, JE; Raymond, N; Specker, S. *A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy* in the *treatment of bulimia nervosa*. Int J Eating Dis, 1993; 14 (3): 229 – 47.
216. Morstili, E. *Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia*. Boll Accad Sci Med, (Genoa) 6: 100 – 119.
1986.
217. Moscicki-Ek. *Epidemiology of suicidal behaviour*; Suicide-Life-Threat-Behav., 1995 Spring;
25 (1): 22 – 35.
218. Munchoeva, EI; Lepp, NR; Tikhonov, W; Unanova, Elu. *Klinicheskie aspekty i psikhofarmakoterapiia adaptatsionnykh nevroticheskikhrasstroistr*. Ter Arkh, 1997, 69 (4) pp 65 – 6.

219. Murphy, M. *Somatization*: *embodying the problem*. Br Med J, 1989; 298: 1331 – 1 332.

220. Nakdimen, A. *A neglected reference*. Am J Psychiatry, 134: 1313 – 1316, 1977.

221. Nijenhuis, EI; Spinhoven, P; Van Dyck, R; Van der Hart, O; Vande Hinden, J. *The development and psychometric characteristical of the Somatoform Dissociations Questionnaire* (*SDQ-20*). J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996; 184 (11): 688 – 94.

222. Noto-Campanella, F; Zuccoli, E. *În tema di dismorfofobia*. Neuropsichiatr, 24: 475 – 486, 1968.

223. Ormel, J; VonKorff, M; Ustun, TB; Pini, S; Korten, A; Oldehinkel, T. *Common mental disorders and disability across cultures*. *Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems în*

General Health care. JAMA, Dec 14, 1994, 272 (22) pp 1741 – 8.

224. Osman, AA. *Psihoza hipocondriacă unisimptomatică* (*P.H.U*). The British Journal of Psychiatry.

Sep 1991, vol.159 pp 428 – 430.

225. Pecyna, MB. *„Struktura potrzeb psychicznych chorych po 60 roku ANC.zycia hospitalizowanych z powodu niedokrwiennej choroby serca powiklanej zespolem asteniczno-depresyjnym, niedokrwiennej choroby serca i u osob zdrowych*. (*Structura nevoilor psihologice la pacienţii peste 60 ani spitalizaţi boli ischemice cardiace complicate cu sindroame asteno depresive în comparaţie cu persoane sănătoase*). Wiad Lek, Mar 1992, 45 (5 – 6) pp 175 – 9.

226. Pelicier Y. *Les concepts d'asthenie et de fatigue*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 541 – 4.

227. Peters, E. Francis. Termenii filosofiei greceşti. Ed. Humanitas, 1993.

228. Phillips, KA. *Body dysmorphic disorder*: *diagnosis and treatment of imagined ugliness*, J-Clin-Psychiatry, 1996, 57 Suppl 8: 61 – 4; discussion *65*.

229. Phillips, KA. *Pharmacologic teatruent of body dysmorphic disorder*. Psychopharmacol-Bull.
1996, 32 (4): 597 – 605.
230. Phillips, KA; McElroy, SL; Keck, PE et al. *Body dysmorphic disorder*: *30 cases of imagined ugliness*. Am J Psychiatry, 1 50: 302 – 308, 1 993.
231. Piaget, J. Biologie şi cunoaştere, Editura Dacia, Cluj, 1971.
232. Pichet, P. io *neurasthenie*, *hier et aujourd'hui*. Encephale, 20 Spec No 3 pp 545 – 9, Nov 1994.
233. Pichot, P. *Panique*: *attaque et trouble*. *Historique du mot et des concepts*. Encephale, Dec 1996.
22 Spec No 5 pp 3 – 8.
234. Piedmont, RL, *A longitudinal analysis of burnout* in the *health care setting*: *the role of personal dispositions*, J-Pers-Aşşeşş, Dec. 1993.
235. Pieron, H. Vocabulaire de la Psychologie.
236. Pirozynski, T. Elemente de psihologie medicală şi logopedie, Clinica de psihiatrie, Institutul de
Medicină şi Farmacie, laşi.
237. Platan. Opere, vol. IV. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1983.
238. Popper, Karl R. Cunoaşterea şi problema raportului corp-minte. Ed. Trei, Bucureşti, 1997.
239. Portegiis, PL; Van-der-Horst, FG; Proot, IM; Kraan, HF; Gunitar, NC; Knotterus, A. *Somatization in frequent offenders of general practice*. Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol, Jan 1996; 31 (l): 29 – 37.
240. Postel, Jacques. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. References Larousse.
Paris, 1993.
209.
Bibliografie 199
241. Predescu, V. (sub redacţia). Psihiatrie, vol. 1. Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
242. Predescu, V. (sub redacţia). Psihiatrie. Ed. Medicală, Bucureşti, 1976.

243. Predescu, V. (sub red.). Psihiatrie vol. II, Ed. Medicală, Bucureşti, 1997.

244. Predescu, V; Alexandru, S; Prăipceanu, D; Ionescu, Rodica; Tudose Câtalina; Tudose F. Aspecte *psihopatologice şi etiopatogenice ale nosologiei psihiatice la adolescent şi adultul tânăr*. Revista de

Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie nr. 3, lul-Sep 1984.

245. Predescu, V; Prelipceanu, D; Alexandrescu, L; Tudose C. Limite şi perspective în patologia nevrotica (referat general), prezentat la a Xllla Consfătuire Naţională de Psihiatrie; Bucureşti, 11 – 14 Mai 1988.

246. Priest, RG; Bullock, T; Lynch, SP; Roberts, M; Steinert, J; Vize, C. *Les* etate *depressifs et les syndromes d'asthenie chronique en médecine practicienne*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 571 – 4.

247. Rasmussen, SA. *Obsessive compulsive disorder* în *dermatologic practice*. J Am Acad Dermatol.

13: 965 – 967, 1986.

248. Reglând, B; Andersson, M; Abrahamsson, L; Baghy, J; Dyrehag, le; Gottfries, CG. *Increased concentrations of homocysteine in the cerebrospinal fluid în patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome*. Scand J Rheumatol, 1997, 26 (4) pp 301 – 7.

249. Richman, A; Flaherty, A; Rospenda, KM *Chronic* fatigue *syndrome*: *have flawed assumptions been derived from treatment-based studies*? Am J Public Health, Feb 1 994, 84 (2) pp282 – 4.

250. Richter, Gabriele. Evenimente stresante de viaţă şi suportul social. Semnificaţia lor pentru tulburările depresive, pp 94 – 107 în Depresii-noi perspective (sub redacţia Vraşti R, Eisemann M.), Ed. All.

1996.

251. Rief, W; Heuser, J; Mayrhuber, E; Stelzer, I; Hiller, W; Fichter, MM. *The classification of multiple somatoform symptom*. J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996, 184

(11): 680 – 7.

252. Rogers, MP; Liang, MH; Daltroy, LH, et al. *Delirium after elective orthopedic surgery*: *risk factors and natural history*. Int J Psychiatry Med, 19: 109 – 121, 1989.

253. Romilă, Aurel. Psihiatrie. Ed. Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 1997.

254. Romosan, I. Psihonefrologia. Ed. Helicon, Timişoara, 1993.

255. Rouillon, F; Delhommeau, L; Vinceneux, P. le *syndrome de fatigue chronique*. Presse Med, Dec

21, 1996, 25 (40) pp 2031 – 6.

256. Rowan, G; Stain, JJ; Gise, LH. *The liaison clinic*: *a model for liaison psychiatry funding*, *training and research*. Gen Hosp Psychiatry, 6: 109 – 115, 1984.

257. Rowland, CV. *Anorexia and obesity*. Int. Psychiatr. Clin, 7, pp 7 – 9, 1 970.

258. Săhleanu, V.; Popescu-Sibiu I. Introducere critică în psihanaliză, Editura Dacia, Cluj, 1972.

259. Sami-Ali. Corps reel Corps imaginaire – pour une epistemologie psychanalytique, Ed. Bordas.

Paris, 1984.

260. Saravay, SM; Lavin, M. *Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital*: *a review of outcome studies*. Psychosomatics, 35: 233 – 252, 1994.

261. Sartorius, N. *Making of a common language of psychiatry: development of the classification of mental*, *behavioural*, *and developmental disorders*. The 10 revision of the ICD, WPA Bulletin 1: 3 – 6, 1989.

Simpozionul Asociaţiei Europene de Psihiatrie, cu tema „Training for the specialists în Europe”, 19 – 20 Oct

1995, Strasbourg, Franţa.

262. Sartorius, N; Ustun, TB; Lecrubier, Y; Wittchen, HU. *Depression comorbid with anxiety*: *results from the WHO study on psychological disorders în primary health care*. Br J Psychiatry Suppl, Jun 1996.

(30) pp 38 – 43.

263. Schaechter, M. *Neuroses dysmorphophobiques (complexes de laideur et delire ou conviction deliraute de dysmorphophobie)*. Ann Med-Psychiologiques, 129: 123 – 145, 1 971.

264. Schweitzer, B. *Stress and burnout în junior doctors*. S-Afr-Med-l, Jun 1994.

265. Selanj, Mihai. Isteria sau nevroza conversivă şi nevroza disociativă. Ed. Casa Editoriala şi de

Presă Glasul Bucovinei, Iaşi, 1 993.

266. Sensky, T; MacLeod, AK; Righy, MI. *Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice altenders*. Psychol-Med, May 1996, 26 (3): 641 – 6.

267. Sharpe, M. *Non-pharmacological approaches to treatment*. Ciba Found Symp, 1993, 173 pp

298 – 308; discussion 308 – 17.

241.

O abordare modernă a psihologiei medicale 200

268. Shorter, E. *Chronic fatigue în historical perspective*. Ciba Found Symp, 1993, 173 pp 6 – 16, discussion 16 – 22.

269. Shorter, E *Somatization and chronic pain în historic perspective*. Clin Orihop, Mar 1997 (336): 52

60.

270. Simpson, M; Bennett, A; Holland, P. *Chronic* fatigue *syndrome/myalgic encephalomyelitis as a twentieth-century disease: analytic challenges*. J Anal Psychol, Apr 1997, 42 (2) pp 191 – 9.

271. Sims, A. Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology, Sounders

Company lid., Norfolk, 1995.

272. Somerfeld-Zistund, Esiher, MD. *Child Psychiatry*: *Child and Adolescent Psychiatry*: *Modern App roaches*. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272 (18): 1465 – 1467, Nov 9 1994.

273. Spinoza. Tratatul despre îndreptarea intelectului. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti,

1979.

274. Stekel, Wilhelm. Psihologia eroticii feminine, Ed. Trei, Bucureşti, 1997.

275. Stineft, JL *The funcţional Somatic Symptom*. Psychiatr Clin North Am, 10: 19 – 33, 1987.

276. Stoudemire, Akm; Fogel, S. (ed.). Îngrijirea psihiatrică a pacientului de medicină internă, New

York, NY, Oxford University Press, 1993.

277. Străin, JJ; Fulop, G; Străin, JJJ et d. *Use of the computer for teaching in the psychiatric residency*. Journal of Psychiatric Education, 10: 178 – 186, 1986.

278. Străin, JJ; Grossman, S. *Psychological care of the Medically III*: A Primer în Liaison Psychiatry.

New York, App leton-Century-Crofts, 1975.

279. Străin, JJ; Lyons, JS; Hammers, JS et of *Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients*. Am J Psychiatry, 148: 1044 – 1049, 1991.

280. Străin, JJ; Străin, JW. Liaison psychiatry, în Modern Perspectives în clinical Psychiatry. Edited by

Howells JG New York, Brunner/Mazel, 1988, pp 76 – 101.

281. Surman, OS. *Usefulness of psychiatric interven*tion in *patients undergoing cardiac surgery*. Arch

Gen Psychiatry 30: 830 – 835, 1974.

282. Sveakind, J; Sullivan, M; Sjodin, I; Liedman, B; Lundell, L *Quality of life în gastric cancer prior to gastrectomy* Qual Life Res, Apr 1996 5 (2) pp 255 – 64.

283. Taco Sini, G; Musazzi, A; Reechia, M; AHamura, AC; Carta, MG; Dalian Collaborative Group of

Somatoform Disorders. The present Nosography of Somatoform Disorders: Results of the Italian

Epidemiological Study of Somatoform Disorders. 8 ECNP Congress, Veneţia, 1995.

284. Teodorescu, MC. Valorile vitale şi morale în practica medicală. Editura Progresul Românesc.

Bucureşti, 1 996.
285. Terbancea, M; Scripcaru, Gh. Coordonate deontologice ale actului medical, Editura Medicală.
Bucureşti, 1989.
286. Thomas, CS. *Dysmorphophobia*: *A question of definitions*. Br J Psychiatry, 144: 513 – 516, 1984.
287. Truchon, Manon, Lernyre, Louise, ies *eveniments anticipes comme stresseurs*, Santé Mentale au
Québec, XX, 1995.
288. Tudose, C; Tudose, F. Neurastenia la 130 de ani., Infomedica, nr. 9 (67), anul VII, 1999.
289. Tudose, C; Tudose, F. Psihopatologia tulburărilor de personalitate la vârstnic – între îmbătrânirea normală şi organicitate. prezentată la a VIII-a Consfătuire Naţională de Psihiatrie Socială, 2 – 4 septembrie
1 999, Băile Felix.
290. Tudose, C; Tudose, F. The Role of the Major Social Changes in the Affective Disorder
Pathomorphosis, prezentată la al XVI-lea Congres al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie Socială, 17 – 21
August 1998, Vancouver, British Columbia, Canada.
291. Tudose, C; Tudose, F; Vasilescu, A; Niculâijă A. Difficulties în implementing the first liaison psychiatry service în a generat hospital în România, prezentata la „Mental Health Economics and Psychiatric
Practice în Central and Eastern Europe”, 3 – 5 august 1999, Varşovia, Polonia.
292. Tudose, C. Patomorfoza tulburărilor de integrare şi adaptare în condiţiile unor modificări sociale majore; Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila – Bucureşti, 1996.
293. Tudose, C; Tudose, F; Voicilă, Carmen. Contribuţiile psihiatriei în diagnosticarea şi tratarea durerii, referat prezentat la Consfătuirea „Omul, Societatea şi Durerea”, organizată de firma KRKA în

colaborare cu Asociaţia Română pentru Studiul Durerii, 11 Oct 1997, Sinaia.

294. Tudose, F. Major Social Changes of East-European Countries – A Trauma (or Adolescents

(Romaniaslase). lucrare prezentată la al 4-lea Congres International de Psihiatrie a Adolescentei, 5 – 8 iulie

1995, Atena.

268.

Bibliografie 201

295. Tudose, F; Niculâită, A., *Folosirea medicaţiei psihotrope în serviciul de psihiatrie de legătură din spitalul general*. Conferinţa Naţională de Psihiatrie Braşov, 25 – 26 iunie 1999.

296. Tudose, F. *Somatizarea – un nou concept sau o abordare eclectică a nosologiei*? Studiu clinic publicat în Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie şi Psihologie Clinică, anul III, nr. 1/1995, pp 12

21.

297. Tudose, F. The Frequency of the Somatoform Disorders in a Psychiatric Service Connected with the General Hospital, lucrare prezentată la a XI-a Conferinţă a Societăţii Sud-Est Europene de Neurologie şi Psihiatrie, 25 – 28 Sep 1996, Thessaloniki, Grecia, rezumat publicat în volumul de rezumate al conferinţei, pp 174.

298. Tudose, F. Medici obosiţi. Revista *Colegiul „*nr. 4 (7), anul II, iunie 1998.

299. Tudose, F; Dobre, L Por whom Liaison Psychiatry is offering psychiatric training in the General

Hospital? prezentată la a 12-a Conferinţa a Societăţii Sud-Est Europene, 30 Septembrie-3 Octombrie

1998, Thessaloniki.

300. Tudose, F; Gorgos, Constantin. Un sistem deschis – psihiatria deceniului IX. lucrare prezentată Ia

Sesiunea Ştiinţifică Anuală al Policlinicii Titan, 1981.

301. Tudose, F; Iorgulescu, Maria. *Corpul în*

depresie. Revista Infomedica vol. II, nr. 6 (10), 1994, pp 186 – 188.

302. Tudose, F; Niculăiţă, Anca. Alice în ţara minunilor sau despre folosirea psihotropelor în spitalul general, lucrare prezentată la Conferinţa Naţională de Psihiatrie cu tema Terapia psihofarmacologică în practica psihiatrică", Bucureşti, 24 – 26 Oct 1997, rezumat publicat în Revista Română de Psihiatrie.

Pedopsihiatrie şi Psihologie Medicală nr. 2 – 3/1997, pp 16.

303. Tudose, F; Niculăiţă, Anca. *Aspecte psihopatologice ale durerii în cancer*. Revista Asociaţiei Române pentru Studiul Durerii, „Durerea acută şi cronica", nr. 1/1997/volum 5, pp 16 – 25.

304. Tudose, F; Radu, E. Addictive-Type Behaviour în Teenagers and Young People as a Result of Major Social Disruption, prezentată la al 14-lea Congres International de Psihiatrie a Copilului şi Adolescentului (I.A.C.A.P.A.P). Stockholm, 2 – 6 August 1998, Suedia.

305. Tudose, F; Toma, M., Le phénomène „Academia Catavencu" une therapie de choc dans la transition. L'Humour, Histoire, Culture et Psychologie, publicat de S.I.P.E. octombrie 1998, Paris.

306. Tudose, F; Vasilescu, A., Tudose, C, Dobrea L *Patogeneza sindromului de oboseala cronică între ipoteza endocrina şi ipoteza imunologica*. al IX-lea Simpozion Naţional de Psihoneuroendocrinologie din 11 – 12 iunie 1999.

307. Tudose, F; Tudorache, Bogdana. Conception de la readaptation psychosociale dans une société socialiste: l'exemple roumain, lucrare prezentată la Congresul Mondial al Asociaţiei de Reabilitare Psihosocială, Montreal, 13 – 16 Oct 1991.

308. Tudose, F; Gorgos, Constantin. Consideraţii asupra a 10.000 de cazuri tratate în staţionarul de zi al Centrului de Sănătate Mintală Titan, lucrare prezentata

la a IV-a Conferinţă Naţională de Psihiatrie.
Bucureşti, 1982.
309. Tudose, F; Gorgos, Constantin; Tudose C. Orientări moderne în psihiatria contemporană: concluzii ale unui studiu OMS, lucrare prezentată la a VIII-a Consfătuire a USSM Bucureşti, 1 – 2 lui 1983.
310. Tudose, F; Gorgos, Constantin; Tudose, C; Croitoru, Olga; Dumitriu, Gabriela; Frasineanu.
Carmen. Asistenta ambulatorie şi semiambulatorie – o etapă necesară sau o necesitate obiectivă? lucrare prezentata la a VIII-a Consfătuire a Uniunii Societăţilor Ştiinţifice Medicale (USSM) cu tema Tendinţe actuale în asistenta psihiatrică extraspitalicească", Bucureşti.
311. Tudose, F; Prelipceanu, D. *Depresia sau tentaţia modelului*, comunicată la Consfătuirea USSM
Secţia Psihiatrie, cu tema „Depresiile", Târgu-Mureş, 10 – 11 Oct 1986, publicată în volumul Depresiile.
1987, pp 480 – 481.
312. Tudose, F; Tudose, C. Aspecte ale psihopatologiei vârstnicului, prezentată la Congresul
International de Gerontologie, Bucureşti, 9 – 11 Iun 1988.
313. Tudose, F. Adolescent Suicide – A Case History of Addictive Behaviour, lucrare comunicată la al
17-lea Simpozion Danubian de Psihiatrie, 24 – 27 aprilie 1996, Timişoara.
314. Tudose, F. Aspecte ale aplicării subnarcozei în nevroze – Lucrare de diplomă, Bucureşti, 1977.
315. Tudose, F. Binomul anxietate-depresie – în condiţii postrevoluţionare, a IX-a Conferinţă a
Societăţii Sud-Est Europene de Neurologie şi Psihiatrie, 23 – 26 septembrie 1992, Thessaloniki, Grecia.
295.
202 O abordare modernă a psihologiei medicale
316. Tudose, F. Corpul în psihopatologie – Lucrare

de doctorat, UMF Carol Davila-Bucureşti, 1997.

317. Tudose, F. Direcţii de intervenţie terapeutică în psihiatria de legătură, Simpozionul Naţional

Terapie şi Management în Psihiatrie din 12 – 14 noiembrie Cercul Militar, Craiova; 1998.

318. Tudose, F. Drepturile omului şi drepturile oamenilor. Infomedica nr. 1, an VI, 1998.

319. Tudose, F. Etica şi deontologie în colaborarea psihiatrului cu specialiştii cu medicii de alte specialităţi în spitalul general, lucrare prezentată la Conferinţa Naţională de Psihiatrie Braşov, 25 – 26 iunie

1999

320. Tudose, F. La formation en Roumanie. lucrare comunicată la Congresul European al Asociaţiei

Mondiale de Psihiatrie, Strasbourg, Nov 1995.

321. Tudose, F. La formation en Roumanie. lucrare comunicată la Simpozionul Asociaţiei Europene de Psihiatrie, cu tema „Training for the specialists în Europe”, 19 – 20 octombrie 1995, Strasbourg, Franţa.

322. Tudose, F. Liaison Psychiatry – A Novelty în România, poster prezentat la cel de al X-lea Congres

Mondial de Psihiatrie, 23 – 28 Aug 1996, Madrid, Spania, rezumat publicat în volumul de rezumate pag. 158.

323. Tudose, F. Liaison Psychiatry at the University Hospital of Bucharest, lucrare comunicată la

Congresul European al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie, 23 – 26 aprilie 1997, Geneva, Elveţia, în cadrul simpozionului cu tema „Contribuţia psihiatrilor în practica medicală”.

324. Tudose, F. Liaison Psychiatry at the University Hospital of Bucharest, lucrare comunicată la

Congresul European al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie, 23 – 26 Apr 1997, Geneva, Elveţia, în cadrul simpozionului cu tema „Contribuţia psihiatrilor în practica medicală”.

325. Tudose, F; Niculâiţă, Anca. Le role des troubles

de la personality dans les tendances suicidaires graves, lucrare comunicată la Seminarul franco-român de psihiatrie din 15 Ian 1998, Institutul Francez.

Bucureşti.

326. Tudose, F. Psihiatria de legătură în Spitalul General – direcţie contemporană în reforma psihiatrică, Revista Română de Sănătate Mintală, nr. 10 (2) /1998.

327. Tudose, F. Psihiatria de legătură şi imaginea psihiatriei pentru medicii de altă specialitate, lucrare prezentată la XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, 6 – 11 august 1999.

328. Tudose, F. Psihiatria românească în reformă. Revista *Colegiul*, nr. 8 (11), vol. II, anul 2, 1998.

329. Tudose, F. *Risc şi eficientă în administrarea extrapsihiatrică a psihotropelor*. Revista Infomedica nr. 2 (14), pp 70 – 72, Feb 1995.

330. Tudose, F. *Sinuciderea la adolescenţii tineri un comportament addictiv tipic*. Revista de

Medicină Legală, vol. 4, nr. 4, Dec 1996, pp 354 – 358.

331. Tudose, F. The Frequency of the Somatoform Disorders in a Psychiatric Service Connected with the General Hospital, lucrare prezentată la a XI-a Conferinţă a Societăţii Sud-Est Europene de Neurologie şi Psihiatrie, 25 – 28 Sep 1996, Thessaloniki, Grecia, rezumat publicat în volumul de rezumate al conferinţei, pp 174

332. Tudose, F. The Psychotherapeutic App roaches – An Important Contribution to the Medical

Treatment in the First Liaison-Psvehiatry Departament în România, lucrare prezentată la al 11 – le-a Congres

Internaţional al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie Dinamică, din 4 – 8 Martie 1997, Münich, Germania.

333. Tudose, F. Three years of activity of the first liaison psychiatry departament în România – difficulties and perspectives, prezentată la a 12-a Conferinţă a

Societăţii Sud-Est Europene de Psihiatrie şi Neurologie, 30 Septembrie – 3 Octombrie 1998, Thessaloniki, Grecia.

334. Tudose, F; Gorgos, Constantin; Antonesai-Botezat, Ileana. Boala psihică – concept şi realitate clinică, lucrare prezentată la Sesiunea Şiinfifică Anuală a Policlinicii Titan, 1981.

335. Tusques, J. Initiation a la psychologie medicale, Librairie Maloine, Paris, 1976.

336. Uexidl, Th. von; Adler, Iγ; Herrmann, Jm; Khle, K; Schonecke, OW; Westack, W. Psychosomatische medizin. Ed. Urban & Schwarzenberg, 1996.

337. Updegraff, HL; Menninger, KA. *Some psychoanalytic aspects of plastic surgery*. Am J Surg. 25: 554 – 558, 1993.

338. Ursea, N. Rinichiul artificial şi alte mijloace de epuraţie extrarenală. Fundaţia Română a Rinichiului, Bucureşti, 1997.

339. Ursea, N. Tratat de nefrologie. Ed. Artorint, Bucureşti, 1994.

340. Vâleanu, Vasile; Constantin, Daniel. Psihosomatică feminină. Ed. Medicală, Bucureşti, 1977.

316.

Bibliografie

341. Van Gennep, Arnold. Riturile de trecere. Ed. Polirom, Iaşi, 1996.

342. Van-Hemerţ, AM; Speckens, SE; Rooijmans, HG; Bolk, JH. *Criteria for somatization studied în an ocupaţient clinic for general internal medicine*, Ned-Tiidschr-Geneeskd, 8 Jun 1996, 140 (23): 1221 – 6.

343. Vasilescu, A.; Vasilescu, L; Tudose F. «Abordarea cognitivă a obezităţii – de la stil cognitiv la psihoterapie», al IX-lea Simpozion Naţional de Psihoneuroendocrinologie din 11 – 12 iunie 1999.

344. Venisse, JL (sous la direction). Les nouvelles addictions. Ed. Masson, 1991.

345. Viiley, G. La psychiatrie et les sciences de l'homme. Ed. Felix Alean, Paris, 1933.

346. Vârtej, P; Badea, M; Tudose F et all. *Female genito-mammarian cancer în young women*. *App roach and quality of life*, Eur. J. Gynaec Oncol, vol. XIX, n.1, 1998.

347. Vitello, A. *Schizofrenie e dismorfofobie*. Ospedale Psichiatr, 38: 57 – 73, 1970.

348. Vlad, N. Psihopatile în semnificaţia clinică şi relaţională, Editura Quadrat, Botoşani, 1995.

349. Vrasti, Radu; Eisemnann, M. Depresii – noi perspective. Ed. All, Bucureşti, 1996.

350. Wallen, J; Pincus, HA; Goldman, HH, et d. *Psychiatrie consultations in short term hospitals*. Arch

Gen Psychiatry, 44: 163 – 168, 1987.

351. Walsh, BT. *Anorexia nervosa and bulimia*: *the psychiatric app roach*. În: Bardin CW (ed) Current

Therapy în Endocrinology and Metabolism. BC Decker, Philadelphia, pp 16 – 19, 1991.

352. Walsh, BT; Devlin, MJ. *The pharmacologic treatment of eating disorders*. Psych Clin N-Am.

1992; 15: 149 – 60.

353. Ware, NC; Kleinman, A. *Culture and somatic experience: the social course of illness în neurasthenia and chronic* fatigue *syndrome*. Psychosom Med, Sep-Oct 1992, 54 (5) pp 546 – 60.

354. Wessely, S. *Le syndrome de fatigue chronique* (*SFCI*. *Problèmes cliniques*, *sociaux*, *psy chologiques*, *et prise en charge*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 581 – 95.

355. Wessely, S. *Mass hysteria*: *two syndromes*? Psychol Med, 1987, 17: 109 – 120.

356. WhHcomb, Michael E, MD. *The Role of Medical Schools* în *Graduate Medical Education*. JAMA:

The Journal of the American Medical Association, 272 (9) 702 – 704, Sep 7 1994.

357. Widlocher, D. Les Logiques de la depression.

Paris, Fayard, 1983.
358. Widlocher, D. ies *processus d identification*. Buletin de Psychologie, 23 (17 – 19, 1199 – 1114)
1970.
359. World Health Organization. Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 2nd Edition.
Geneva, World Health Organization, 1994.
360. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders:
Diagnostic Criteria for Research, World Health Organization, Geneva, 1993.
361. *Yager*, J *Tratamente psihosociale în tulburările de alimentaţie* Archives of General Psychiatry
57 (11): 153 – 164, Novl994.
362. Zarcovic, Grujica; Enăchescu, Dan. Probleme privind politicile de sănătate în ţările Europei
Centrale şi de Răsărit – evoluţia recentă şi perspectivele sistemului de sănătate în România. Ed. Infomedica.
Bucureşti, 1998.
363. Zerbe, KJ. *Eating disorders in the 1990's*: *Clinical challenges and treatment implications*. Bull
Meninger Clin, 1992; 56: 167 – 87.
364. Zheng, YP; Lin, KM; Zhao, JP; Zhang, MY; Yong, D. *Comparative study of diagnostic sistems*:
Chinese Classification of Mental Disorders-Second Ed. versus DSM-III-R. Compr Psychiatry, Nov-Dec 1994.
35 (6) pp 441 – 9.
365. Zimmer, J. *Length of stay and hospital bed misutilization*. Med care, 14: 453 – 462, 1974.
366. Zlate, M. Introducere în psihologie, Editura Şansa, Bucureşti, 1994.